

LIBRAIRIE ALAIN BRIEUX

48, rue Jacob - 75006 Paris

Tél. : 01 42 60 21 98

EPR 501

JOU-C/7

Année 1-2

1833-34

THE HISTORY OF

THE UNITED STATES OF AMERICA

BY JOHN GREENLEAF EDWARDS

IN TWO VOLUMES

VOLUME THE FIRST

NEW-YORK: PRINTED AND SOLD BY G. & C. VAN NEST, 1784.

IN THE CITY OF NEW-YORK.

BY G. & C. VAN NEST.

PRINTED AND SOLD BY G. & C. VAN NEST,

AT THE SIGN OF THE ANCHOR, IN THE CITY OF NEW-YORK.

1784.

BY G. & C. VAN NEST.

PRINTED AND SOLD BY G. & C. VAN NEST,

AT THE SIGN OF THE ANCHOR, IN THE CITY OF NEW-YORK.

JOURNAL
DES CONNAISSANCES
MÉDICO-CHIRURGICALES,

PUBLIÉ PAR MM.

ARMAND TROUSSEAU, JACQUES LEBAUDY, HENRI GOURAUD.



Première Livraison. — 1^{er} Septembre 1833.

ON SOUSCRIT
AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE DE MONSIEUR-LE-PRINCE, N^o 104

INTRODUCTION.

Les fondateurs de ce recueil se sont demandé s'il y avait un remède à l'individualisme médical de nos jours, s'il y avait quelque chose à tenter pour établir un lien entre tous les hommes qui cultivent la science et qui partout sont si désireux de son progrès et de l'accroissement de ses richesses.

Il leur a semblé que la première condition de cette grande et nécessaire union intellectuelle était d'offrir un livre qui fût à la portée de *tous* par son bas prix et son caractère d'utilité essentielle, un livre où chacun pût recevoir les idées des autres et leur renvoyer les siennes, déposer les fruits de son expérience et recueillir les fruits de l'expérience commune.

Ainsi, ils ont vu autour d'eux une foule de praticiens que leur isolement forcé rendait étrangers aux nouvelles conquêtes de l'art et, par là même jusqu'à un certain point, aux vieilles vérités acquises : car la médecine est une vérification continuelle. Et ils se sont dit : « Pourquoi, en faveur de ces hommes de bonne volonté, ne réduirait-on pas à sa plus simple expression ce que produit la science de chaque jour ? Pourquoi n'en dégagerait-on pas la partie substantielle et pratique, afin qu'en face de la nature la comparaison des idées de tous fût faite par tous ? »

Ils ont vu une jeunesse médicale avide d'instruction, et généralement peu dirigée ; avide d'anatomie, et bien souvent rebutée par les difficultés ; avide de littérature médicale, et ne sachant où la trouver, éparse, décousue et fatigante qu'elle est. Et ils ont désiré que cette jeunesse eût de bonnes planches anatomiques à consulter non seulement pour ses examens, mais encore pour tout le cours de sa pratique ; qu'elle fût, à peu de frais de patience et d'argent, tenue au courant de la littérature, et que ses connaissances élémentaires fussent soutenues et fortifiées par une bonne étude du mouve-

ment de la science médicale et chirurgicale contemporaine : ils ont voulu ainsi assurer l'avenir, car l'avenir, c'est la jeunesse.

Ce qu'ils ont voulu pour la France, ils l'ont voulu pour l'étranger.

Dans un moment où le monde médical manifeste un si profond besoin d'organisation régulière, où nous tous, médecins, nous nous montrons aussi ardens pour la restauration de la dignité de l'art que pour le perfectionnement de la science, aussi jaloux de fonder des institutions médicales que d'éclairer partout la société sur ce qu'elle se doit à elle-même, dans un tel moment ils ont cru que ceux-là serviraient le mieux cette noble cause de la plus noble des professions, qui, par la nature de leur plan, s'adresseraient au plus grand nombre et, conséquemment, recueilleraient le plus de lumières.

Ce plan ne pouvait être exécuté sans que les professions accessoires n'y trouvassent leur compte ; et, de toute nécessité, c'était un bonheur pour la pharmacie, la médecine comparée, la médecine légale, etc., que les connaissances médico-chirurgicales vinsent se mettre à leur portée. Elles ne pouvaient manquer d'y puiser des données utiles et fécondes, par la simple raison que le domaine de la médecine et de la chirurgie embrasse leur domaine.

Toutes les questions relatives au bien-être de l'humanité devaient recevoir une nouvelle lumière, puisque tous les hommes que ces questions occupent se rapprochaient.

Telle a été notre pensée, tel a été notre but.

Cette pensée se réalisera-t-elle ? Ce but sera-t-il atteint ? Il n'y a que le temps qui puisse décider.

Quant à l'esprit de ce recueil, quel sera-t-il ? Quels principes admet-on ?

Il est une vérité médicale à laquelle on croit, et à la lumière de laquelle on jugera ; c'est celle qui respire dans Hippocrate, dans Sydenham, dans Bordeu, dans Stoll, dans Paré, dans J. L. Petit, dans l'Académie de chirurgie. Voilà les maîtres et les pères qu'on reconnaît, et on professe que l'édifice commencé par eux ne peut et ne doit être que continué par les hommes d'aujourd'hui, mais qu'il doit être continué.

On n'entend pas qu'il ne faille pas adresser de continuelles questions à la nature qui est sous les yeux de tous pour l'instruction de tous. Au contraire : on veut, de plus en plus, regarder et voir quelle est la force, la faiblesse, la rapidité, la lenteur, l'irrégularité, la spécialité des phénomènes de la réaction de cette nature contre tant de causes différentes de maladies, sur tant de sujets différents, au milieu de tant de circonstances différentes ; quel est le jeu du merveilleux *consensus* de l'organisme, quelles en sont les lois, et comment ces lois doivent être mises à profit par le médecin observateur et thérapeute.

Cela veut dire qu'en admettant un certain fondement de la médecine, on croit et on aspire à son progrès indéfini.

Et ainsi, on se fait un devoir de la plus haute impartialité et de la plus grande latitude de vue dans le choix des matériaux : on fait un appel à tout homme qui a devant les yeux un certain champ d'observation, et on accepte avec empressement toute idée utile, de quelque part qu'elle vienne.

C'est là une pensée de liberté et d'organisation, et non d'anarchie et de chaos. Voici pourquoi :

Bien que la science soit fondée sur des lois qui déterminent sa véritable constitution et son légitime développement, les faits nouveaux et les spéculations nouvelles offrent toujours quelque chose qui a sa valeur et qui doit trouver sa place, si non immédiatement, au moins un jour. Il y a bien

plus à examiner qu'à rejeter, et ce qui paraît d'abord ne pas s'enchaîner s'enchaîne, pour peu qu'on attende et qu'on acquière de nouveaux élémens de jugement. La pensée humaine a besoin de patience et de temps, et n'arrive au vrai point qu'après le nombre nécessaire d'oscillations faites en-deçà et au-delà. Une science qui, comme la médecine, a beaucoup de détails pleins de mystère et d'incertitude, ne saurait trop recueillir : il faut ajouter qu'un art qui a pour objet la santé de l'homme n'est jamais trop riche.

On ne méprisera donc pas plus les anciens que les contemporains, et pas plus les contemporains que les anciens. Si les uns ont observé plus simplement et plus naïvement l'organisme vivant, si les autres ont davantage interrogé la mort, eh bien ! les uns donneront ce que les autres ne donneront pas, et réciproquement. L'observation d'ensemble et de haute vue de ceux-là doit s'allier à l'observation de détail et de vue minutieuse de ceux-ci, pour la pathologie et pour la thérapeutique. Alors, les richesses récemment acquises des sciences physiques seront mises au service de la belle et antique conception de la nature.

C'est par cette acceptation franche de tout ce que l'expérience commune apportera, par cette poursuite sincère du bien, où qu'il soit, qu'on espère jeter les fondemens de la grande union médicale dont le besoin se fait partout sentir, et que l'humanité attend.

C'est dans la même vue de communauté et de conciliation scientifique qu'on écartera avec scrupule toute question personnelle, et qu'on déclare renoncer à toute polémique. N'ayant aucun intérêt de secte à défendre, et voulant être utile au plus grand nombre, on s'interdira cette lutte vaine, où un écrivain peut tout au plus faire briller un peu d'esprit et d'imagination aux dépens de deux ou trois personnes pour le plaisir de cinq ou six.

Henri GOURAUD, D. M.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° I. — SEPTEMBRE 1855.

I. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR UN CAS DE TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS DANS LA PÉRIODE EXTRÊME DU CROUP.

Je vais raconter comment, à l'exemple de M. Bretonneau, mon maître et mon ami, j'ai pratiqué l'opération de la trachéotomie sur un enfant qui allait mourir suffoqué par le croup, et je dirai par quel traitement j'ai obtenu la guérison.

Comme l'opération elle-même n'est qu'un moyen de traitement, et que tout le succès dépend de la médication que l'on met en usage après l'ouverture de la trachée, je n'épargnerai, dans la narration de cette histoire, aucune de ces minuties pratiques auxquelles j'attache en général la plus haute importance, et qui, dans cette circonstance, sont la condition de la réussite.

Gustave Marcillet, âgé de six ans et demi, se sentit indisposé depuis le 16 jusqu'au 21 novembre 1831 : le 21 au matin il fut pris de fièvre, et se plaignit en même temps de douleur à la gorge. Toux spasmodique, enrouement.

Le 22, fièvre très-forte, voix naturelle, toux fréquente, spasmodique, douleurs épigastriques, pendant les secousses de toux.

Dans la nuit du 22 au 23, toux fréquente, rauque, accompagnée de suffocation.

M. le docteur Rue, médecin de la famille, est appelé le 23 auprès de l'enfant, et il recueille les commémoratifs que je viens d'indiquer.

Le 23, à midi, fièvre peu vive, pas de céphalalgie, voix naturelle, respiration très-gênée, surtout dans les mouvemens inspireurs. — Pédiluve sinapisé, sangsues s'il survient des accès de suffocation.

Jusqu'à quatre heures, l'oppression augmente, et, à ce moment, la suffocation devient telle que l'enfant s'agite avec violence, s'arrache des bras de ses parens, et monte sur les meubles, cherchant l'air qui lui manquait, et comme transporté de fureur. Cependant cet accès se calme un peu, et bientôt arrive M. le docteur Soulas, appelé en même temps que moi, en l'absence de M. le docteur Rue. Il prescrit une potion avec tartre stibié quatre grains, trente sangsues au siège, et un vésicatoire à chaque cuisse.

Les sangsues étaient à peine tombées que nous arrivons, M. Rue et moi.

L'enfant était assis sur un vase rempli d'eau chaude : le tronc droit, le cou renversé en arrière; les yeux saillans et indiquant la terreur, les narines largement ouvertes, la bouche béante. Il contractait avec violence tous les muscles inspireurs. La respiration, prodigieusement accélérée, faisait entendre un sifflement sec. La peau était chaude et ruisselait de sueur; le pouls, d'une fréquence extrême, pouvait à peine être senti. — La toux, fréquente et rauque le matin et dans le courant de la journée, était éteinte maintenant, et quand il survenait une contraction convulsive du diaphragme, l'air, en passant dans le larynx, semblait traverser un tube métallique. — Voix éteinte.

Les antécédens que M. le docteur Rue me fit connaître, les symptômes que nous observions, ne me laissaient aucun doute sur la nature de la maladie : il était évident que l'enfant avait le croup; il n'était pas moins évident que la mort était imminente.

Les parens comprenaient toute la gravité de la maladie, et ils avaient déjà perdu toute espérance. Je n'entrepris pas de leur donner des consolations : ils ne croyaient pas que la vie pût se prolonger encore plus de deux heures. En effet, en notre présence, et dans l'espace d'une heure, l'enfant éprouva des accès de suffocation qui duraient de plus en plus et qui se rapprochaient les uns des autres, en augmentant d'intensité. Pendant les accès, la face devenait livide, les veines du col se gonflaient considérablement, et le visage conservait même une teinte asphyxique, lorsque le calme revenait un peu. Déjà les extrémités se refroidissaient; et, à la rage qui animait ce pauvre enfant quelques heures auparavant, avait succédé un abattement effrayant.

Cependant j'avais arrêté le sang qui s'écoulait abondamment des piqûres des sangsues, j'avais supprimé la potion, et j'attendais M. le docteur Soulas, qu'on avait envoyé chercher. Il arriva à neuf heures du soir; il trouva l'enfant beaucoup plus malade, et il lui parut aussi que la mort ne se ferait pas long-temps attendre. Toute médication, usitée en pareil cas, devenant super-

flue, je proposai la trachéotomie. Mes deux confrères se rangèrent à cette idée, plutôt en desespoir de cause que dans l'espérance de voir réussir une opération tentée dans des circonstances aussi défavorables.

J'avais sur moi les instrumens nécessaires, et pendant les préparatifs que nous faisons à la hâte, les accidens augmentèrent à tel point que les parens, pour ne pas être témoins du dernier soupir de leur fils, abandonnèrent la maison, laissant à un de leurs amis le triste soin de lui rendre les derniers devoirs.

L'enfant, presque expirant, se laissa enlever de son lit sans effroi, sans résistance. Nous le plaçâmes sur une table à manger recouverte d'un matelas et d'un drap. Nous avons un oreiller roulé de manière à faire saillir le larynx. Je suivis, à peu de chose près, le procédé opératoire indiqué par M. Bretonneau (Traité de la diphthérie, p. 308). Je traçai d'abord sur le col une ligne avec une allumette charbonnée, afin que mon bistouri ne s'égarât pas. Cette ligne s'étendit depuis l'échancrure du cartilage thyroïde, jusques au-delà de l'échancrure supérieure du sternum. J'eus grand soin de la diriger un peu vers la gauche, afin d'éviter le tronc innominé qui recouvre à droite la partie inférieure de la trachée. Cela fait, je fis à la peau un large pli perpendiculaire à l'axe du corps; et, d'un seul coup, je coupai profondément la peau de dehors en dedans. J'eus alors une plaie longue de plus de deux pouces, et largement béante. Il ne s'écoula pas de sang, l'enfant témoigna quelque douleur et porta la main à son cou. Nous le continuâmes avec plus de soin, et l'opération fut continuée.

Dans les mouvemens d'inspiration, l'espace compris entre les muscles sterno-thyroïdiens, se dessinait fortement. J'y enfonçai perpendiculairement les doigts indicateur et médius de la main gauche, en repoussant à droite les muscles et les vaisseaux en contact avec la pulpe de ces doigts, et j'incisai sans crainte le long de mes ongles avec un bistouri convexe et à lame très-courte. Je coupai une grande quantité de veines thyroïdiennes qui me donnaient beaucoup de sang, et j'ordonnai à un aide de tenir toujours une petite éponge fortement appuyée dans l'angle inférieur de la plaie, pour éviter l'introduction de l'air dans les veines pendant les mouvemens d'inspiration. Quand j'eus pénétré assez profondément, et que je ne fus plus qu'à une ligne à peu près de la trachée, il me fut assez difficile de manœuvrer. Je n'osais presser avec les doigts de la main gauche, parce que je comprimais le canal aérien; et, d'un autre côté, je ne pouvais me hasarder à faire jouer le tranchant d'un bistouri, au voisinage de vaisseaux

dont la lésion deviendrait promptement mortelle. Je pris alors le parti d'étancher autant que possible le sang qui m'empêchait de voir la trachée, puis, appuyant légèrement l'indicateur sur le tronc innominé que je sentais battre sous mon doigt, je donnai quelques coups de bistouri chaque fois qu'une grande expiration ramenait au dehors la trachée qui s'enfonçait profondément au moment où l'enfant s'efforçait de faire pénétrer l'air dans sa poitrine. De cette façon, je parvins à mettre à nu un ou deux cerceaux de la trachée vers la partie inférieure. Je jugeais que la trachée était à nu par le toucher seulement; car n'ayant épargné aucun des vaisseaux du plexus-thyroïdien que je trouvais sous la lame de mon couteau, j'étais toujours embarrassé par une grande quantité de sang. (Voyez la planche de ce numéro.)

Ce nonobstant, je pris un autre bistouri droit et pointu, et, le tenant le tranchant en haut et comme une lancette, je fis une ponction à la partie inférieure de la trachée. L'air aussitôt s'échappa et fit bouillonner le sang qui remplissait le fond de la plaie. Saisissant alors un bistouri boutonné, je l'enfonçai par l'ouverture que je venais de faire, et je coupai de bas en haut, jusqu'à ce que je fusse arrêté par la résistance du cartilage cricoïde. Ce temps de l'opération fut achevé en moins de cinq secondes. Le sang s'engouffra sur-le-champ dans la trachée, et en fut rejeté avec violence par le mouvement d'expiration. A l'instant même, l'enfant fut placé sur son séant, le cou tendu et penché un peu en avant. Avec une airigne mousse je tins ouverte la plaie de la trachée.

L'hémorrhagies'arrêta immédiatement (1), la respiration cessa aussitôt d'être difficile et bruyante; mais elle devint beaucoup plus rapide: il semblait que l'enfant fût essoufflé. Deux minutes s'étaient à peine écoulées, que le malade recouvra complètement ses sens et témoigna de l'étonnement et de la frayeur, en se voyant couvert de sang et entouré d'étrangers dont les mains et le visage étaient également ensanglantés: du reste, il fit signe qu'il se trouvait mieux.

Cependant des quintes de toux se reproduisaient presque à chaque instant, pendant lesquelles l'enfant rendait du mucus teint de sang, quelques concrétions de fibrine et des débris de fausses membranes. Quand la toux fut apaisée, j'essayai, mais inutilement, d'introduire dans la trachée une canule en forme de tige de botte que M. Bretonneau

(1) Je ne saurais trop insister sur ce fait, savoir, que l'hémorrhagie veineuse, quelque abondante qu'elle soit, s'arrête immédiatement dès que la trachée est ouverte et dès que l'air pénètre facilement dans les poumons. — Il est donc inutile de s'attacher à lier les veines.

m'avait envoyée et qui avait été faite pour un adulte.

L'extrême impatience de l'enfant qui devenait irritable, les douleurs qu'on lui causait, et la difficulté inattendue que je trouvais à employer une canule dont l'application ne m'était pas familière et qui d'ailleurs était trop volumineuse, me déterminèrent à attendre. Je repiaçai l'enfant dans son lit, et je recommandai à M. le docteur Rue, qui resta auprès de lui, de tenir le plus possible les lèvres de la plaie écartées. — Je rentrai chez moi pour fabriquer à la hâte une canule de plomb; mais je retrouvai heureusement celle qui m'avait servi dans deux précédentes opérations, et je revins immédiatement pour la placer. Quelques précautions qu'on eût prises, l'ouverture artificielle était presque complètement oblitérée par les mucosités. J'enlevai le mucus et les fausses membranes qui fermaient la plaie, et j'introduisis sans peine ma canule, que je fixai comme à l'ordinaire. A l'instant où elle pénétra dans la trachée, il survint une toux convulsive qui amena l'expectoration de débris de fausses membranes et de mucosités blanches et très-visqueuses. Dès que cette quinte fut terminée, j'instillai dans la trachée quinze ou vingt gouttes de solution saturée d'alun. La toux recommença avec autant de violence, et des lambeaux de membranes furent rejetés en grande quantité par la canule. Ce fut alors que j'instillai dans la trachée vingt gouttes d'une solution d'un demi-gros de nitrate d'argent dans un gros d'eau distillée. Cette troisième instillation provoqua encore de la toux; mais avec moins de violence que je ne l'aurais cru d'après ce que je venais de voir. Il sortit encore une assez grande quantité de fragmens de fausses membranes. Après ces fatigantes manœuvres, la toux cessa tout à fait, la respiration devint presque aussi calme que dans l'état de santé, et l'enfant s'endormit paisiblement.

Pendant la nuit qui fut assez calme, la tante de l'enfant resta continuellement auprès de lui, et se conforma ponctuellement aux instructions que je lui avais laissées. De cinq en cinq minutes, elle passait dans la canule un petit écouvillon avec un petit morceau d'éponge fixé solidement à l'extrémité d'une tige de baleine fort mince. De cette manière, elle entraînait les mucosités qui pouvaient obstruer le passage de l'air. Toutes les heures, elle remplissait d'eau de guimauve un tuyau de plume tout entier, et instillait ce liquide dans la trachée. C'était à ce moment surtout que la toux entraînait dans la canule des débris de concrétions pelliculaires et du mucus presque plastique; et alors elle guettait en quelque sorte l'instant où ces produits morbides

se présentaient à l'extrémité de la canule, pour les saisir avec une pince à pausement ou pour les entraîner avec son écouvillon.

Le 24 au matin, huit heures après l'opération. L'expression du visage est très-bonne; peau chaude, halitueuse; pouls fréquent et développé. Trente-deux inspirations. Résonnance parfaite dans toute l'étendue de la poitrine; râle ronflant dans toutes les bronches; pas de râle crépitant.

Nouvelle instillation de solution de nitrate d'argent: continuation des instillations d'eau de guimauve d'heure en heure. Guimauve édulcorée pour boisson.

Dans la journée du 24 et du 25, on instilla, à six reprises, vingt gouttes d'une solution d'un demi-gros de nitrate d'argent dans deux gros d'eau, et, d'heure en heure, on instilla de l'eau de guimauve. Toutes les fois que l'on renouvelait cette opération, il survenait une quinte de toux pendant laquelle des débris de fausses membranes sortaient avec du mucus.

Quand, malgré les instillations, la respiration s'embarassait davantage, ce que je pouvais facilement reconnaître aux efforts que faisait l'enfant pour aspirer l'air, et au sifflement plus fort de la canule, j'enlevais le conduit métallique, et je laissais la plaie béante. Toujours je trouvais la canule tapissée de mucus concrété, et ces incrustations se trouvaient surtout vers l'extrémité qui pénétrait dans la trachée; et cependant il ne se passait pas dix minutes sans que l'on n'introduisit un écouvillon dans la canule. Le 24, à deux heures après midi, je fus obligé d'enlever et de nettoyer la canule; il en fut de même le soir, à minuit; le 25 à sept heures du soir, je répétai la même opération. Sitôt que la canule était replacée, la respiration devenait calme et presque insonore. Mais, les deux premiers jours, nous éprouvâmes beaucoup de difficulté pour la remettre en place. La plaie était devenue douloureuse et l'impatience de l'enfant était extrême: et comme l'ouverture de la trachée s'était en quelque sorte moulée sur le diamètre de la canule, elle se retrécissait en quelques instans lorsqu'on enlevait le tube: il fallait alors se servir de deux airignes-mousses qui écartassent les lèvres de la plaie.

Cependant, le 25 dans la journée, c'est-à-dire environ quarante heures après l'opération, il était survenu beaucoup de gonflement et de rougeur au voisinage de la plaie. La fièvre s'était allumée. Le soir, je m'aperçus que les mucosités qui s'échappaient de la canule étaient plus visqueuses et plus transparentes qu'elles ne l'avaient été jusqu'ici: en même temps elles avaient une teinte légèrement rouillée. Je craignis d'avoir trop souvent réitéré l'application du ni-

trate d'argent et d'avoir déterminé une péripneumonie. J'auscultai avec soin toutes les parties de la poitrine : partout j'entendis du râle muqueux et ronflant, nulle part je ne découvris de râle crépitant. Je pensai alors que la membrane muqueuse de la trachée et des premières bronches avait seule fourni l'exhalation anormale qui avait excité mon inquiétude, et, craignant pourtant que l'inflammation ne se communiquât au tissu pulmonaire, je ne fis pas, le 25, une troisième instillation de nitrate d'argent.

26 à huit heures du matin, soixante heures après l'opération. — L'enfant a dormi d'un sommeil paisible pendant plusieurs heures. On a continué les instillations d'eau de guimauve. Chaque fois qu'on les faisait, il expectorait des mucosités jaunes, spumeuses, un peu rouillées, contenant des débris de fausses membranes roulées et d'un blanc de lait. A quatre heures du matin, la mère voyant la respiration embarrassée, avait pris sur elle d'instiller dans la trachée du nitrate d'argent, ce qui amena une abondante expectoration suivie d'un grand calme.

Respiration facile (trente-six mouvemens par minutes), pouls régulier, fort (cent quarante). Peau halitueuse, sans chaleur trop grande, langue naturelle, constipation, soit moins ardente que la veille. Vive inflammation du pourtour de la plaie. — Instillation de vingt gouttes de solution de nitrate d'argent. — Expectoration de quelques petits fragments de fausses membranes.

Je nettoie et replace la canule. Rien de nouveau dans le courant de la journée. La fièvre se rallume un peu vers dix heures du matin, et tombe après midi. Le petit malade se tient assis dans son lit une partie du jour; il se fait lire des contes par son père, et s'amuse beaucoup de ce qu'ils contiennent de plaisant. Il mange deux oranges, prend quatre bouillons avec plaisir et boit beaucoup moins que le jour précédent.

Du moment que la canule avait été introduite dans la trachée, l'air avait totalement cessé de passer par le larynx. Cependant lorsque l'on injectait de la solution caustique dans les bronches, il survenait ordinairement quelques secousses de toux extrêmement violentes, et on entendait un peu d'air et de liquide traverser la glotte pour arriver dans l'arrière-bouche. Aujourd'hui, on entend les bruissemens du larynx même pendant les efforts de toux les plus légers. La fréquence de la toux a d'ailleurs beaucoup diminué.

J'avoue que je commençais à concevoir quelque espérance : le larynx se débarrassait évidemment, et depuis le matin, le mucus qui avait été expectoré ne contenait pas le plus mince débris de concrétions pseudo-membranenses.

Je dus donc ne plus employer le nitrate d'argent, et je me bornai à l'instillation de liqueurs émollientes. J'ordonnai deux lavemens, et je fis boire de l'eau de laitue.

27 décembre, quatrième jour après l'opération. — La nuit a été bonne. Les symptômes sont les mêmes que la veille. Les crachats sont moins rouillés qu'ils ne l'étaient hier; quelques-uns offrent de légères stries de sang. La respiration est facile. Le bruit respiratoire s'entend en avant et à gauche aussi purement que chez l'individu le plus sain; partout ailleurs on entend du râle muqueux. Du reste la résonnance de la poitrine est tout-à-fait normale. Dans la journée, l'enfant a parlé plusieurs fois à voix basse, et même il a proféré quelques sons. Une éruption scarlatiniforme a apparu sur les diverses régions du corps; cependant la fièvre a été fort modérée, l'appétit s'est prononcé, et il n'y a presque pas eu de toux.

On enlève et on nettoie deux fois la canule : eau de laitue pour boisson, un lavement émollient. — Instillation d'eau de guimauve, seulement quand la respiration s'embarrassera. Pour régime, deux potages, deux bouillons, deux oranges.

28 décembre, cinquième jour après l'opération. — L'inflammation de la plaie se modère, la fièvre devient moins vive. — J'accorde une semouille légère. — L'air aujourd'hui passe plus facilement par le larynx; et dans les efforts de toux, on entend très distinctement un bruit laryngé. — On a fait dans la trachée six instillations d'eau de guimauve que l'enfant lui-même a demandées.

Sixième jour de l'opération. — La nuit a été passable; l'enfant n'a toussé que cinq ou six fois; il n'expectore plus quoique la canule soit presque complètement oblitérée par du mucus desséché; cependant la respiration n'est point embarrassée, ce qui prouve que l'air passe aisément par le larynx. L'enfant dans un moment d'impatience a prononcé distinctement le mot *maman*, et a ri deux ou trois fois avec de bruyans éclats. Je nettoie la canule, je la réintroduis en la fermant aux deux tiers avec un bouchon de liège échancré suivant sa longueur. Alors le petit malade put aisément éteindre une bougie en la soufflant avec la bouche. — Cependant, dans le courant de la journée, des mucosités ayant achevé d'oblitérer la canule, l'enfant put causer distinctement avec son père.

On cesse tout traitement, l'enfant mange trois soupes et de la compote.

Septième jour de l'opération. — Aujourd'hui je bouche la canule aux quatre cinquièmes. — L'état général est tout-à-fait satisfaisant, la voix est de plus en plus nette et distincte.

Huitième jour. — Etat stationnaire.

Neuvième jour. — On ferme complètement la canule; pendant quelques instans l'enfant ne s'en aperçoit pas, tant est grande la facilité avec laquelle l'air passe par le larynx. — Il mange avec appétit.

Dixième jour. — Cependant, à mesure que le gonflement de la plaie diminuait, nous raccourcissions la canule qui s'appuyait douloureusement contre la paroi postérieure de la trachée. — L'enfant supporte un peu plus long-temps que la veille et que la surveillance, la complète occlusion de la canule, et alors il parle avec autant de netteté que s'il n'avait pas subi d'opération.

Onzième jour. — Aujourd'hui la canule est bouchée pendant six heures sans qu'il survienne d'oppression.

Pour terminer : l'enfant, le douzième jour de l'opération, put respirer exclusivement par le larynx. — J'enlève alors la canule, je place sur la plaie un morceau de linge enduit de cérat, et par-dessus je mets un tampon de charpie; le tout est maintenu avec une cravate médiocrement serrée.

Trois jours suffirent pour la complète oblitération de la plaie de la trachée, la cicatrisation de la plaie du col se fit attendre encore pendant deux semaines.

Aujourd'hui 1^{er} septembre 1833. — Cet enfant jouit de la plus belle santé. Sa poitrine est dans le meilleur état. Il porte au col une cicatrice un peu difforme, assez semblable à celle qui suivrait une brûlure.

Plusieurs de mes confrères ont suivi le traitement de ce jeune malade, je prendrai la liberté de citer ici les noms de MM. Récamier, Dubled, Miquel, Henry, Blanc, etc.

A. TROUSSEAU, *agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.*

(La suite au numéro prochain.)

DE LA CHARPIE ET DU COTON.

On pourra m'accuser de bizarrerie en me voyant faire le procès à une substance qui, dès la plus haute antiquité, est la compagne fidèle de tous les opérateurs, et la base obligée de la plupart des pansemens. Mais, outre que je ne suis pas le premier qui ait élevé sa voix contre la charpie, on sait assez ce que peut la routine, qu'elle se glisse partout, qu'elle est le plus grand obstacle aux progrès et qu'elle nous aveugle, le plus souvent, sur le mérite de nos moyens.

Au nombre des inconvéniens bien connus attachés à la charpie, il convient de ranger d'abord la difficulté toujours croissante de l'avoir de bonne qualité, c'est-à-dire, molle, fine, douce au toucher, blanche et propre. On est généralement d'accord qu'on ne doit la préparer qu'avec du linge de chanvre ou de lin demi-usé, lessivé, puis lavé à l'eau

chaude, et qui ne soit pas empesé; que les compresses, les bandes, et en général toute espèce de linge qui a servi aux malades, sont peu propres à être réduits en charpie; qu'il peut donc être dangereux d'en faire avec du linge imprégné de sueur, de pus, de sanie, comme est celui qui a servi aux phthisiques, aux vénériens, et aux galeux; et qu'on fait bien, sous ce rapport, de se défier du linge qu'on reçoit des hôpitaux et des lieux de détention, et de la charpie qu'on achète. — Il est, de même, prudent de ne pas faire confectionner la charpie dans les chambres des malades, de n'en pas confier la fabrication aux malades eux-mêmes, aux individus malpropres, à ceux, par exemple, qui prisent du tabac, ou qui pourraient la salir de toute autre manière. Il faut surtout bien se garder de faire servir deux fois la même charpie; je parle même de celle qui, encore sèche et en apparence propre, se trouve dans les couches supérieures d'un appareil.

Mais la conservation de la charpie exige des précautions tout aussi minutieuses que sa confection. Car il est peu de substance plus susceptible de s'altérer et de contracter des qualités nuisibles. On est obligé de l'étendre, de la battre souvent, et de ne la placer que dans des endroits secs, bien aérés, loin des lieux d'aisance, des chambres des morts, ou des salles où règnent des maladies graves et contagieuses, etc., etc.

La plupart de ces difficultés graves ou embarrassantes se rencontrent, sans doute, dans les établissemens civils et militaires, où il se fait une énorme consommation de charpie; mais tous les chirurgiens savent si, dans leur pratique particulière, ils n'ont pas, le plus souvent, des craintes analogues ou des motifs de se plaindre au sujet de cette substance. Ils l'ont d'ailleurs rarement sous la main et en quantité suffisante, et, s'ils sont dans le cas d'en confier l'application à des mains peu exercées, c'est souvent en dépit du bon sens qu'on en fait usage. — Dirai-je ce qu'il en coûte aux administrations pour se procurer ces amas considérables de charpie, leur sollicitude pour que les hôpitaux et les ambulances en soient toujours suffisamment fournis, l'impossibilité qu'on en ait de bonne dans les cas où elle est cependant jugée indispensable? Malgré tous ces graves inconvéniens, on s'obstine à envisager la charpie comme un objet de première nécessité dans une foule de circonstances, et on a l'air de ne pas s'apercevoir de l'abus incroyable qu'on en fait. Ainsi, comme on sait, on la fait servir assez généralement à préserver certaines parties contre l'impression de l'air ou des corps étrangers; à recevoir diverses substances médicamenteuses pour les appliquer d'une manière plus convenable; à modérer la pression pénible et nuisible d'autres pièces d'ap-

pareil ; à remplir les vides que celles-ci laissent entr'elles ; à garnir des endroits creux ; à absterger plus doucement les plaies et les surfaces sensibles ; à tamponner ou à élargir des ouvertures ou des sinuosités ; à fournir aux parties affectées une enveloppe immédiate molle et tendre ; à absorber les liquides dont la présence pourrait être fâcheuse.

Mais, de bonne foi, y a-t-il une seule de ces circonstances où il faille décidément et absolument avoir recours à cette substance, et n'y aurait-il rien qu'on pût mettre avantageusement en place ? — Voyons, par exemple, le *coton*. En le mettant en regard avec la charpie, on trouve que, comme le lin et le chanvre dont on tire cette dernière, le coton est également une substance végétale. Il est, comparativement à la charpie, beaucoup plus léger, plus fin, plus blanc, plus propre et d'une abondance telle, partout, qu'il est presque à vil prix. Il se manie avec une si grande facilité qu'on l'applique et l'étend en couches minces ou épaisses, avec une rare simplicité et sans avoir besoin d'en former préalablement des gâteaux ou des plumaceaux. Il se laisse, pour ainsi dire, filer ou tisser sur-le-champ au gré du chirurgien. La ouate peut même être envisagée comme un vaste et double plumaceau qu'il suffit de dédoubler pour avoir à volonté deux surfaces moelleuses, pareilles au *lint* des Anglais, et qu'on peut employer aux mêmes usages que ce tissu, soit qu'il s'agisse d'en recouvrir immédiatement une partie quelconque, soit qu'on préfère l'enduire d'un corps gras ou l'imbiber d'un liquide. Une fois placé, le coton n'est pas sujet à se déranger, et il reste attaché sur les plaies et les ulcères, même ceux de la face, sans qu'il soit nécessaire de le soutenir au moyen de bandages ou de bandelettes agglutinatives. Enfin, il a bien autrement d'élasticité que la charpie, et il conserve cette propriété si précieuse dans une foule de circonstances, alors même qu'il est humide.

Tant d'avantages auraient dû, ce semble, assigner au coton la première place parmi nos objets de pansement, et je cherche en vain pourquoi il est resté, partout et en tout temps, dans un oubli si profond. On dit que, semblable à la laine, il est plein de pointes et de dentelures qui en font un corps irritant et nuisible. Mais, qu'on en applique quelques brins sous les paupières, sur une plaie fraîche, une brûlure, un vésicatoire, et on verra ce qu'il en est de ces aspérités qu'on a comparées à celles d'une scie ou d'une râpe. Si elles existaient réellement, la moindre humidité qui se trouve sur les surfaces privées d'épiderme les aurait bientôt altérées ou fait disparaître. On m'a fait aussi l'objection contraire, et on a prétendu que le coton n'excitait pas assez les bour-

geons charnus, et donnait lieu à une suppuration peu louable, due évidemment à une trop faible stimulation.

Tous ces raisonnemens, en sens divers, doivent, au reste, aux yeux des praticiens, avoir peu de valeur, et ils voudront toujours en appeler à leur *propre expérience*. Ils ont raison, et c'est aussi sur ce terrain que j'espère pouvoir les amener. Qu'ils la consultent donc et la laissent parler ; car ils voudront bien m'accorder que leurs essais divers pourront toujours se faire sur-le-champ, avec facilité, sans frais et sans danger ; que si leur attente est surpassée, comme j'en ai la conviction, ils auront alors à leur disposition un moyen bien simple de réformer leurs pansemens avec des avantages marqués, pour eux comme pour leurs malades.

Les chefs des hôpitaux et des ambulances auront surtout à se féliciter de cette heureuse innovation qui les mettra à même de fournir toujours abondamment à tous les besoins, à toutes les exigences, en réduisant considérablement les dépenses.

Un simple rapprochement des prix relatifs de la charpie et du coton fera mieux ressortir cette vérité, et ne paraîtra pas déplacé ici.

La belle charpie, à égalité de poids, coûte plus que le coton de première qualité. Mais la différence de volume est telle, par la légèreté plus grande de ce dernier, qu'un quart de livre de l'un équivaut à une livre de l'autre, et qu'à poids égaux, le coton pourra recouvrir une surface quatre ou cinq fois plus considérable. Voilà donc une économie notable sur la charpie employée aujourd'hui. — On pourrait y en ajouter encore une nouvelle ; c'est que le coton pouvant servir à une foule d'usages, et étant susceptible d'être exactement purifié par nos moyens chimiques, il serait loisible aux administrations de profiter de ces circonstances pour tirer un parti quelconque du coton qui aurait servi aux pansemens ; avantage que n'offre jamais la charpie.

Toutefois, et quoique j'envisage le coton comme supérieur à la charpie et applicable, sans exception, à tous les cas où l'on a recours à cette dernière, je ne voudrais nullement encourager les praticiens à en faire l'usage abusif qui se fait de la charpie. Ils me pardonneront donc, j'espère, quelques réflexions qui se rattachent à ce sujet, et qui, émises contre la charpie, peuvent également s'appliquer au coton.

Je demanderai d'abord si l'on s'est fait une juste idée de la nécessité de la charpie, et si l'on a pesé convenablement ses effets thérapeutiques ? Il est certain du moins, que c'est en campagne qu'on peut le mieux s'en passer, et cependant que ne fait-on pas pour exciter l'activité et la compassion des femmes et des

enfans, afin de s'en procurer en profusion ? On dirait que ce moyen est la chose essentielle dans les blessures, et pourtant que de plaies on eût réunies promptement en n'employant, pour les panser, que des bandelettes emplastiques, et qui suppurent longuement, par cela seul qu'on les a recouvertes ou même bourrées de charpie ! Dans combien de blessures un simple linge trempé dans l'eau fraîche n'eût-il pas été préférable, non seulement à la charpie, mais à tout autre mode de pansement ! Que de solutions de continuité qui dégénèrent, se compliquent et réagissent sur des organes importans, parce qu'au lieu de songer à les débarrasser de corps étrangers, on s'est appliqué à les remplir de charpie et à surajouter ainsi un corps étranger à un autre ! En un mot, il est peu de cas de blessures récentes où l'emploi de la charpie soit utile, où elle ne soit même évidemment nuisible ; et il n'en est point où elle soit absolument indispensable et où on ne puisse facilement la remplacer par d'autres moyens doux. Ce qui augmente encore son mauvais effet, c'est le préjugé qu'on ne saurait panser les blessures trop tôt et trop souvent. Or, la charpie s'attache intimement à tous les points de la surface de la plaie, elle les irrite, forme par-dessus une croûte solide qui empêche tout écoulement des liquides, et qu'on peut enlever d'autant plus difficilement, qu'on s'y applique trop vite. Une plaie récente, qu'on vient de couvrir de charpie, ne peut être pansée de nouveau avant l'entier établissement de la suppuration, à moins d'occasioner au malade des douleurs vives, d'irriter violemment et de donner lieu à quelque nouvelle recrudescence inflammatoire. Ce n'est d'ailleurs pas au 3^e ou 4^e jour, comme on l'enseigne généralement, mais au 6^e, 7^e, 8^e, qu'il faut faire ce premier pansement et même alors quelques brins de charpie adhèrent encore si fortement à la plaie, qu'on ne saurait les enlever sans réveiller les sensations les plus douloureuses. A quoi sert donc un pareil pansement ? Cette couche d'abord souple et tendre qui protège la plaie contre l'action nuisible des corps étrangers devient bientôt elle-même un corps dur, incommode et difficile à enlever. Il n'en est sans doute pas de même d'une plaie en pleine suppuration ; mais ici encore on peut se passer facilement de charpie lorsqu'il s'agit surtout d'appliquer des médicamens. Qu'ils soient sous forme d'onguent ou de liquide, un simple linge méritera toujours la préférence sur la charpie.

Qu'on s'applique de plus en plus à fixer mieux les points de diagnostic et de thérapeutique dans le traitement des plaies fraîches et suppurantes ; qu'on veuille bien laisser à la nature tous ses droits ; qu'on se montre plus ami de la simplicité ; qu'on ne s'ima-

gine pas devoir placer, dans la forme et le matériel d'un pansement, le mystère des forces plastiques, et les plaintes sur le manque de bonne charpie dans les hôpitaux militaires et les ambulances cesseront bientôt. Disons plus : on obtiendra la conviction qu'on peut se passer de cette substance ou la remplacer avantageusement par une autre plus commode et plus commune.

On le voit, le sujet que je traite est d'une immense portée et touche à des questions d'une grande importance que je n'ai fait qu'effleurer. — Mais une pratique longue et assez étendue m'a suffisamment fait connaître qu'il est temps de revoir, dans leurs détails, nos moyens de pansement, de les analyser dans leurs effets et de les adapter mieux à l'état actuel de la science et à l'esprit éclairé de ceux qui la cultivent aujourd'hui (1).

MATTHIAS MAYOR, de Lausanne.

LETTRE SUR UN CAS DE LITHOTRIPSIE PRATIQUÉE EN 1800, PAR B. RODRIGUEZ.

A Messieurs les Rédacteurs du Journal des *Connaissances médico-chirurgicales*.

MESSIEURS,

On se plaît toujours à remonter jusqu'à la première source des inventions humaines. Dans un siècle qui deviendra fameux par les bienfaits de la lithotritie ; dans un moment surtout où la méthode de la percussio est remise en crédit par les tentatives savantes d'un des plus habiles praticiens de nos jours (2), permettez-moi d'user de la voie de votre journal pour revendiquer une part de gloire en faveur d'un modeste Espagnol qui, le premier, accomplit cette opération avec un plein succès, il y a beaucoup d'années. Je veux parler de Bartholomé Rodriguez, lequel imagina même d'associer l'action de quelques substances dissolvantes à l'emploi des moyens mécaniques. L'observation suivante en fera foi ; je vais l'exposer telle qu'elle fut jadis communiquée à la *Société médicale d'émulation*.

Observation. Don Antoine Ponce de Léon, âgé de soixante-cinq ans, euré de la paroisse de Churriana, était continuellement inquiété par la présence d'un calcul ; il rendait aussi depuis long-temps des graviers de diverses figures et de divers volumes. Sur la fin de novembre, en l'année 1800, il éprouva une rétention totale d'urine, avec des douleurs très-aiguës dans l'organe vésical. Il appela aussitôt à son secours Bartholomé Rodri-

(1) Voyez, d'ailleurs, sur ce sujet les pag. 62 et 74 de mon *Nouveau système de déligation chirurgicale*. (Chez Cherbuliez, rue de Seine, Paris.)

(2) M. le baron Heurteloup.

guez, chirurgien de la ville de Malaga, sitnée à une lieue et demie de son presbytère. Celui-ci accourut et le soulagea bientôt au moyen du cathétérisme. Il lui fit rendre une grande quantité d'urine et quelques flocons d'une matière sanguinolente. Il parvint ensuite à calmer les symptômes d'irritation, en introduisant par l'algalie une décoction de guimauve et d'orge perlé. Quatre jours après, il eut recours à une canule de gomme élastique, pour faire parvenir dans la vessie une mixture composée d'une demi-once de savon blanc, dissous dans deux onces d'esprit de vin, et d'une once d'acide du limon, dans la décoction émolliente précédemment employée. Par intervalles, Rodriguez imprimait quelques légers coups sur la pierre avec la sonde d'argent. *Cada doce horas andava de dar algunos ligeros golpes con la sonda de plata sobre la piedra.* Après quelques injections que le malade s'efforçait de retenir pendant plusieurs minutes, et, après quelques percussions, la canule élastique étant constamment à demeure, on aperçut dans l'urine quelques parcelles de calcul; on augmenta dès-lors la proportion de l'acide citrique employé dans la mixture injectée. Le huitième jour, on s'aperçut qu'une grande proportion de matière calculeuse, retenue dans le conduit de l'instrument, obstruait le passage du liquide urinaire. Rodriguez changea la canule et poursuivit ses essais. Vers le vingtième jour, on ne voyait plus de graviers dans les urines; mais elles étaient considérablement chargées d'un sédiment blanc qui rendait une odeur très-fétide. Le quarantième jour, elles devinrent tout à coup limpides. On discontinua dès-lors les remèdes. Le malade n'employait plus que les bains; il fut mis à l'usage du lait. Deux mois à peine écoulés, don Antoine Ponce de Léon se portait à merveille, et remplissait les fonctions de son ministère, sans le moindre ressentiment de ses anciennes douleurs.

J'ai pensé, Messieurs, que ce fait authentique et bien constaté, était intéressant à consigner dans vos annales. On pourra, si l'on veut, le rapprocher de celui que racontait souvent l'ingénieur Perey, et que mon célèbre collègue, M. le professeur Boyer, a reproduit dans son savant ouvrage des maladies chirurgicales. Il s'agit d'un moine de Citeaux, qui imagina, dit-on, de se servir sur lui-même d'une sonde creuse, dans laquelle il faisait tous les jours glisser une tige d'acier, droite, de forme ronde, et terminée par un petit biseau, qu'il poussait jusqu'au calcul. Tous les jours, à ce qu'on assure, il parvenait à détacher, par ce singulier mécanisme, quelques portions du calcul dont le poids lui était devenu si incommode, et que les urines entraînaient au dehors. On a fait aussi mention d'un colonel anglais,

qui, à l'aide d'une sonde creuse élastique, avait trouvé le moyen de faire arriver une lime dans la vessie, pour user la pierre et la pulvériser. Il paraît, du reste, constant que, dans des temps déjà fort anciens, Georges Detharding réussit à perforer et à briser un assez gros calcul engagé dans l'urètre, et qu'il le retira de cette manière. (*De calculo vesicæ friabili*, 1729). Mais Bartholomée Rodriguez a très-certainement la gloire d'avoir, le premier, proposé, et même tenté avec succès, l'association des deux moyens, pour nous affranchir d'une des maladies les plus désolantes qui puissent affliger l'espèce humaine : la dissolution et la percussion. Il songeait, dit-on, à perfectionner ses instrumens, et on lui attribuait déjà plusieurs cures, dans son humble pratique, pour d'autres maladies des voies urinaires.

Le baron ALIBERT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis.

SUR L'ARTHRITE SPONTANÉE AIGUE.

(RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.)

Il est peu de mots en médecine dont on ait plus abusé que le mot rhumatisme. Cette expression, qui remonte à une haute antiquité, entraînait avec elle l'idée d'un écoulement de fluide, et reposait sur des hypothèses humérales, comme les concevait Galien. Toute douleur des muscles, des tissus blancs, des articulations, fut considérée comme rhumatisme; et individualisant celui-ci, admettant qu'il pouvait se transporter d'un organe vers un autre, on affirma que le vice rhumatismal affectait aussi les viscères intérieurs qui ne contenaient ni muscles, ni tissus blancs, ni jointures. De là le rhumatisme fixé sur les pommous, sur le cerveau, etc. Confondant encore les douleurs dont les cordons nerveux peuvent être le siège avec celles des parties précédemment énumérées, on finit par réunir ainsi sous une même dénomination une foule d'affections fort dissemblables sous le rapport de leur siège, de leurs symptômes et de leur traitement.

Baillou, au 16^e siècle, sépara judicieusement le rhumatisme articulaire de la goutte; mais ce furent les belles recherches de Bichat sur les tissus qui conduisirent à distinguer avec précision les maladies des synoviales de celles des organes fibreux, musculaires et osseux. L'anatomie générale fut fécondée par les vues élevées de Pinel, et l'histoire du rhumatisme articulaire fut dès lors séparée de celle du rhumatisme des muscles et du tissu fibreux. Chaussier, rassemblant les matériaux épars sur les névralgies, et les éclairant par l'histoire des fonctions des

nerfs, vint encore porter un jour nouveau sur cette question, et l'on commença à sortir du vague que le nom de rhumatisme laissait dans l'esprit. Des observations recueillies ou publiées par MM. Dupuytren, Mofait, Cruveilhier, Vallerand de la Fosse, etc., contribuèrent à faire regarder le rhumatisme articulaire aigu comme le résultat de l'inflammation simple des jointures, tandis que les recherches d'autres médecins les conduisirent à penser que cette affection n'était pas une inflammation franche, et que si dans un certain nombre de cas, du pus avait été trouvé dans les articulations ou dans les tissus d'alentour, c'était plutôt là une coïncidence ou un épiphénomène, qu'un caractère ou une conséquence de la maladie elle-même. M. Roche a inséré, dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, un article remarquable par sa concision, qui contraste avec la prolixité de l'article rhumatisme du *Dictionnaire des sciences médicales*; cet auteur établit plusieurs variétés de l'arthrite qu'il désigne sous les noms de traumatique, de rhumatismale et de goutteuse; il pense que des états divers du sang sont les circonstances capitales qui donnent à ces trois variétés leurs caractères propres. Dans le compte rendu de la clinique médicale de la Pitié, en 1832, j'ai publié quelques observations de rhumatisme articulaire (1); depuis ce temps j'en ai recueilli un certain nombre d'autres. Plusieurs de mes élèves, et notamment M. Grand, ont fait connaître dans leurs dissertations inaugurales les succès assez remarquables dont la méthode de traitement que j'ai adoptée a été suivie, et c'est cette méthode que j'ai l'intention d'exposer dans ce Mémoire.

Les cas qui font le sujet de ce travail se rapportent exclusivement à des affections qui n'avaient pas été précédées de causes externes, et dans lesquelles les grandes articulations du genou, de la hanche, du pied, de l'épaule, du bras, de l'avant-bras ou du poignet, étaient tantôt simultanément, tantôt successivement, atteintes de douleur, de chaleur, de tumeur, et souvent de rougeur. Cette affection était le plus souvent récente, aiguë, accompagnée de fièvre, et avait lieu chez des adultes ou des jeunes gens. Dans un petit nombre de cas, elle datait de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et alors encore elle présentait quelques symptômes d'acuité.

Ainsi, il ne s'agit pas ici de l'inflammation des petites articulations revenant par accès, se manifestant chez des sujets avan-

cés en âge et se nourrissant largement et fortement, *de la goutte enfin*.

Ainsi, il ne s'agit pas d'inflammations traumatiques des jointures ou d'arthrites de cause externe.

Il ne s'agit pas non plus de douleurs dans la continuité des membres, soit dans les os, soit dans la membrane fibreuse qui les recouvre (*maladies des os et du périoste*); ni des souffrances siégeant dans les muscles, souffrances qui souvent sont le résultat d'une rupture ou d'une distension, qui d'autres fois surviennent spontanément et augmentent presque toujours au moindre mouvement (*rhumatisme musculaire*).

Il ne s'agit pas davantage de ces déformations articulaires, suites d'anciennes arthrites spontanées aiguës, mal traitées, long-temps négligées, qu'on rencontre en si grand nombre dans les hospices de vieillards, et qui sont incurables parce qu'on ne peut ramener à leur configuration et à leurs fonctions premières des parties si profondément altérées dans leur structure et dans leur forme.

Il ne s'agit pas plus ici de ces lésions anciennes, de ces transformations des parties dures ou molles qui constituent ou entourent les articulations, et qui, résultat fréquent d'arthrites aiguës abandonnées à elles-mêmes, se développent surtout chez des sujets jeunes, faibles, à circulation peu énergique et à tissus pâles (*tumeurs blanches*).

Il ne s'agit pas, encore, de ces douleurs vives, aiguës, instantanées, présentant pour caractère spécial de ressembler à celle que cause une dent cariée, ou à la sensation dont est suivie la compression du nerf cubital au coude (*souffrance des nerfs sensoriaux*), ou encore à celle des crampes (*souffrance des nerfs du mouvement*).

Il ne s'agit pas de ces douleurs s'étendant comme un trait d'un tronc nerveux vers ses ramifications dernières (*névralgies descendantes*), ou remontant plus rarement des extrémités vers les branches ou le tronc (*névralgies ascendantes*).

A plus forte raison, ces cas ne se rapportent pas à des souffrances dans les membres, résultat de maladies chroniques de l'utérus et de ses annexes, ou de toute autre lésion d'organes voisins des plexus sciatiques ou cruraux.

Cet ensemble disparate de maladies si différentes a servi, pour beaucoup d'auteurs anciens, à tracer l'histoire du rhumatisme; on a considéré, en effet, un très grand nombre de ces affections comme le résultat d'une cause inconnue, cachée, d'un vice spécial aussi mobile dans son action que varié dans ses effets, et ce vice spécial était le rhumatisme. Je n'ai pas l'intention d'aborder ici les questions qui auraient rapport à ce sujet. Leur solution exigerait une discussion très

(1) Clinique médicale de la Salpêtrière et de la Pitié en 1832.—Baillière, rue de l'École de Médecine, n° 13 bis.—1 vol. 500 pages. Prix, 7 fr.

étendue. Je veux seulement dire que l'arthrite aiguë spontanée survenue chez des adultes ou de jeunes sujets, et que j'ai combattue par la méthode de traitement consignée dans ce travail, est une maladie essentiellement différente de toutes les affections qui viennent d'être énumérées, et que la curation qui lui convient serait fort loin d'être applicable à celles-ci.

PARTIE CLINIQUE.

1^{re} *Observation.* — Navillon, homme robuste, âgé de 26 ans, maréchal-ferrant, habitant un logement sain, n'ayant pas été exposé à l'action du froid et de l'humidité, n'avait pas jusqu'alors éprouvé de rhumatismes.

Il entra, le 16 juin 1832, à la clinique de la Faculté, à la Pitié, au huitième jour d'une maladie caractérisée : par des douleurs qui commencèrent dans le cou et les reins, s'étendirent successivement aux genoux, aux pieds et aux poignets; par du gonflement, de la rougeur et de la chaleur à ces parties; par la présence de liquide dans les jointures, et par une fièvre très vive, un pouls plein, fort et développé, sans aucun autre symptôme grave vers les organes thoraciques ou abdominaux.

Une saignée de 30 onces est faite après la visite du 17; le sang se recouvre d'une couenne épaisse. Trois pots d'une infusion de fleurs de sureau, prise en très petite quantité à la fois et souvent, sont administrés dans la journée. Les genoux, où la maladie est alors fixée, sont élevés sur un plan incliné de telle sorte qu'ils soient plus hauts de six à huit pouces que le bassin; — le soir un soulagement marqué a lieu. Trente sangsues sont placées sur les genoux.

Le 18, il reste à peine quelques douleurs dans le genou gauche; il n'y a plus de fièvre. Les boissons à haute dose, la position, sont continuées; quarante sangsues sont appliquées près du genou gauche.

Le 19, il n'y a plus de douleurs. Le 21, le malade avait le quart d'alimens. Le 23, il était aux trois quarts. Il n'y eut presque pas de convalescence. On retint cet homme dans les salles jusqu'au 9 juillet, et il n'y eut aucune réapparition des accidens.

2^e *Observation.* — Elle est tellement analogue à la précédente, que la présenter en détail serait donner lieu à une répétition inutile. La saignée fut, dans ce cas, portée à deux livres en une seule fois.

3^e *Observation.* — La femme Nequun, âgée de 46 ans, habitait une chambre humide. Elle entra à la clinique de la Pitié le cinquième jour d'une arthrite spontanée aiguë, accompagnée d'une fièvre vive, et qui avait envahi les articulations des épaules de chaque côté; mais c'était la droite où la douleur était

la plus violente. Une saignée de deux livres fut faite; quarante sangsues furent appliquées le soir sur l'épaule douloureuse; la malade fut couchée sur le côté gauche; la femme Nequun prit quatre pots de tisane dans le jour, et deux injections avec l'eau simple furent faites dans le rectum. Dès le lendemain, la maladie paraît terminée. Une légère douleur qui reste dans l'épaule détermine à appliquer encore trente sangsues sur cette partie; les accidens se dissipent comme par enchantement; le surlendemain du commencement du traitement, la convalescence était complète, et la malade, qui, du reste, était très pléthorique, n'éprouve aucune faiblesse et passe presque subitement de la maladie à la santé. Elle resta encore plusieurs jours à l'hôpital, et l'arthrite ne reparut pas.

4^e *Observation.* — La femme Chaumet, âgée de 42 ans, sans cause connue, éprouva les mêmes accidens que les malades précédens. Presque toutes les articulations des membres furent prises. Une quinzaine de jours après l'invasion, et le 26 décembre 1832, la femme Chaumet entra à l'infirmerie de la Salpêtrière. Toutes les grandes articulations des membres inférieurs étaient rouges, tuméfiées, brûlantes et douloureuses. Le même traitement fut suivi des mêmes effets. Le lendemain 27, tous les accidens étaient dissipés, mais le 5 janvier, à la suite d'une marche ascendante pénible et de l'action du froid humide, les accidens reparaissent, et le même traitement les fait tout aussitôt dissiper. Quatre jours après, même imprudence, même rechute; même traitement, même succès. La malade, plus docile, n'eut plus dès-lors de rechute. Il faut noter que pendant l'intervalle de ces attaques, il n'y avait aucune apparence de maladie, et que la relation entre la cause et l'effet, lors de la réapparition des accidens, fut très évidente.

5^e *Observation.* — Cassaët, homme très robuste, nullement sujet au rhumatisme, sans cause connue éprouva tout à coup une vive douleur dans l'articulation de la hanche gauche. Trente sangsues furent appliquées sur cette partie sans aucun amendement. Les douleurs persistèrent sept jours, après lesquels le malade entra à la clinique de la Pitié le 2 juillet 1832. Le membre était plus long que celui du côté opposé; les parties situées à l'entour de l'articulation étaient tuméfiées, rouges, douloureuses à la moindre pression, et les mouvemens difficiles; la fièvre était vive. Soixante sangsues furent appliquées sur la hanche; le bassin fut fortement élevé au-dessus du niveau du tronc, et le malade se coucha sur le côté du corps opposé à la maladie; l'eau à haute dose fut administrée. — A la seconde visite, il n'y avait plus que quelques douleurs très légères

qui ne se manifestaient qu'à l'occasion des mouvemens. — Trente sangsues furent appliquées de nouveau. — Des cataplasmes continuèrent à couvrir la partie malade. Le lendemain, tous les accidens étaient dissipés, et aucun symptôme de maladie ne reparut pendant les douze jours que le malade resta encore à l'hôpital.

6^e Observation. — Petit, homme robuste, habitant une chambresalubre, porteur d'eau, éprouva, sans cause connue, des douleurs vives dans les articulations des pieds avec les jambes; bientôt ces douleurs se transportèrent aux poignets. Le sixième jour, et le 6 juillet 1833, le malade entra à la clinique de la Pitié. — Les articulations étaient chaudes, rouges, tendues, douloureuses; la soif vive, le pouls à cent pulsations. Sous l'influence d'une large saignée, de la position élevée des membres par rapport au tronc, de l'application de trente sangsues sur l'articulation la plus malade, d'un cataplasme et de la diète, tous les accidens étaient calmés. Le 7, vingt nouvelles sangsues furent placées sur l'avant-bras, près du poignet qui restait encore malade; on continua de placer les parties affectées sur un plan incliné, et de donner des boissons à haute dose. Le 8, il n'y avait plus d'accidens. Le 9, Petit se plaignait d'un léger engourdissement dans les deux articulations du coude. Application de trente sangsues sur l'une d'elles: dès lors disparition de tout symptôme de maladie. Le 10, on donne le quart; le 11 et le 12, la demie et les trois quarts; le malade descend au jardin, et sort le 23 parfaitement guéri. (Thèse de M. Grand. Juillet 1833. N^o 196.)

7^e Observation. — F. Francillon, âgée de 12 ans et demi, réglée à 11 ans, d'une faible constitution, ayant couché un mois auparavant dans un cabinet mal aéré, et où habitaient aussi ses parens, éprouva, le 14 mai 1833, les mêmes symptômes que dans les cas précédens. Les pieds et les genoux furent affectés, et beaucoup de fièvre se joignit aux accidens locaux. Le même traitement, proportionné d'ailleurs aux forces du sujet, fut employé. Une saignée de huit onces fut suivie de l'application locale de vingt sangsues qui donnèrent beaucoup plus de sang qu'on ne l'eût désiré, car il faut dire avec M. Trousseau, que la santé des jeunes filles se ressent d'ordinaire pendant long-temps des grandes pertes de sang. Il n'en fut pas ainsi dans ce cas, bien que des syncopes eussent lieu, et dès le lendemain 18 mai, il n'y avait plus qu'un léger gonflement des jointures. La malade était entièrement guérie le 19. (*Loco citato.*)

8^e Observation. — Requin, âgé de 46 ans, cordonnier, couchant au rez-de-chaussée dans une boutique humide, entra à la clinique de la faculté, le 11 octobre 1832. Il était au 8^e jour d'une affection semblable à

celles auxquelles ont eu trait les observations 1 et 2; seulement l'intensité des douleurs était extrême, l'épaule droite, puis les genoux avaient été affectés. Le 11 octobre, une fortesaignée est pratiquée, et 40 sangsues sont placées sur les genoux; du reste, même traitement que dans le cas précédens; le 12, il n'y a que peu de douleurs; le 13, il n'y en a plus; le 14, Requin mange la demie; le 15, il est en état de sortir de l'hôpital où il reste plusieurs jours pour qu'on puisse bien s'assurer de la solidité de sa guérison. (*Loco citato.*)

9^e Observation. — La femme Copin (Adèle), âgée de 38 ans, réglée à 17 ans, d'une faible constitution, ayant eu il y a 10 ans, une attaque de rhumatisme qui a duré 3 mois avec fièvre, a été atteinte vers le 5 juillet 1833, des mêmes accidens que dans les cas précédens. Entrée à la clinique le 19 juillet, et par conséquent au 13^e jour de la maladie, les articulations des hanches et du genou gauche étaient le siège de l'affection dont il s'agit et cela à un haut degré d'intensité; il y avait une fièvre vive. On avait appliqué en ville quelques sangsues, et le mal était resté stationnaire. Un traitement semblable à celui qui a été employé dans les cas précédens, fut suivi en 24 heures de la disparition presque complète des accidens, et le jour d'après, de leur guérison entière.

10^e Observation. — La fille Varembourg, âgée de 19 ans, réglée abondamment depuis 7 ans, demeurant dans un appartement très sain au quatrième, éprouva le 11 juillet 1833 une violente attaque d'hystérie à la suite d'une suppression de règles. Le lendemain, les articulations étaient rouges, gonflées, douloureuses, brûlantes, une fièvre vive s'y joignait; la main, puis l'épaule et les genoux furent surtout affectés. La pâleur naturelle à cette jeune fille, contrastait avec l'intensité de la maladie et l'abondance ordinaire de ses règles qui reparurent. Le 16 juillet, époque où elle fut examinée à la clinique, les symptômes et la fièvre étaient portés au plus haut degré d'intensité. Sous l'influence d'un traitement analogue, les accidens calmés le 17, se dissipèrent complètement le 18; les règles continuèrent à couler, et le 19, cette jeune fille qui resta encore plusieurs jours à l'hôpital sans maladie, fut dans le cas de faire elle-même son lit, et eut le quart pour alimens.

Dans les cas suivans la maladie était plus ancienne, elle se rapprochait davantage de l'état chronique.

11^e Observation. — La fille Simon (Adèle), âgée de 16 ans et demi, habitant un rez-de-chaussée dans une petite rue, avait été atteinte d'une arthrite spontanée aiguë qui avait successivement affecté presque toutes les articulations des membres. Après 8 jours de mala-

die, elle subit à Saint-Louis un traitement par les bains de vapeur qui calma ses souffrances, et qui, au bout de trois semaines, lui permit de marcher. Cependant les accidens continuèrent, puis augmentèrent, et deux mois après l'invasion de la maladie, elle entra à la clinique de la Pitié le 12 juin 1833. A des symptômes généraux de pléthore se joignaient des douleurs vives, soit dans le genou gauche dont les mouvemens étaient fort gênés, soit dans l'articulation de la dernière vertèbre cervicale avec la première dorsale. Une saignée d'une livre et demie, dont le sang fut recouvert d'une couche couenneuse épaisse, 30 sangsues le même jour sur le genou, et 20 autres le lendemain sur le point de l'épine malade, et en même temps la position élevée des parties affectées, la diète et des boissons abondantes, furent suivies, en 36 heures, de la disparition complète des symptômes; cette femme resta 9 jours à l'hôpital sans éprouver de rechute. (*Thèse de M. Grand.*)

12^e Observation. La femme Thomas, couturière, âgée de 30 ans, éprouva, il y a trois mois, à la suite d'une marche forcée, des symptômes thoraciques graves. La toux persista 15 jours avec fièvre: point de côté et crachement de sang. En même temps cette femme fut atteinte d'une arthrite aiguë spontanée; on ne saigna que le 15^e jour, ce qui sembla alléger les souffrances sans les guérir. Le rhumatisme articulaire persista, et, examinée le 27 juillet à la clinique de la Pitié, la malade avait encore de la toux, des crachats d'une teinte jus de pruneaux qui venaient de la gorge, et des douleurs très vives avec gonflement des genoux. Celles-ci avaient été consécutives à une vive souffrance de l'épaule. D'ailleurs, Thomas était enceinte de cinq mois, et elle éprouvait dans les muscles des mol-

lets des douleurs qui paraissaient assez analogues aux crampes, et pouvaient bien tenir à la compression exercée par l'utérus sur les nerfs sciatiques. Le même traitement réussit tout aussi promptement à dissiper les douleurs aiguës des articulations que dans les cas précédens: mais il n'en fut pas ainsi de la souffrance des muscles qui persista et durait encore dix jours après, sans que la compression ait en rien calmé ce symptôme.

13^e Observation. — Ce cas me rappelle encore celui d'une femme qui portait aussi un rhumatisme aigu et une névralgie qui attaqua successivement divers rameaux nerveux. Traitée à la clinique de la Pitié en 1832 par la méthode précédente, la maladie des articulations guérit promptement, mais les douleurs nerveuses furent à peine soulagées.

14^e Observation. — Enfin dans un autre cas, un domestique anglais qui venait de Londres et qui était atteint depuis un mois d'une arthrite aiguë spontanée, fut débarrassé en 36 heures, à la suite du traitement précédent, des symptômes qu'il éprouvait.

A côté de ces faits, il faut ajouter ceux-ci: dans tous les cas où le rhumatisme articulaire soit à la Salpêtrière, soit en ville, a été très ancien, très chronique, et accompagné d'altérations évidentes dans la forme des os ou de leur surface articulaire (et ces cas n'ont pas laissé que d'être nombreux), le traitement anti-phlogistique actif et l'ensemble des moyens précédens, ont quelquefois calmé les symptômes; jamais ils ne les ont guéris; quelquefois même ils n'y ont apporté aucun soulagement.

P.-A. PIORRY, *agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié.*

(*La suite au numéro prochain.*)

PHYSIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES EFFETS DU BOULET ET SUR CEUX QU'ON A ATTRIBUÉS AU VENT PRODUIT PAR CE PROJECTILE.

La direction des études médicales a subi dans l'École de Paris de très-grandes modifications; des connaissances approfondies dans les sciences naturelles, que l'on désigne assez mal sous le nom d'accessoires, sont devenues la base principale sur laquelle tous les bons esprits s'efforcent d'appuyer les notions médicales ou chirurgicales.

Le temps est déjà passé où l'on disait que la physique n'était applicable qu'à la locomotion et à la vision.

Malgré cette heureuse direction des idées, il ne sera pas inutile de montrer par un exemple saillant à quelles erreurs les chirurgiens ont pu se livrer lorsqu'ils manquaient des

connaissances physiques nécessaires pour déterminer *a priori*, des effets fondés sur les lois de la mécanique.

Il est bon de remonter ainsi quelquefois la carrière; on y puise de grandes instructions pour l'avenir.

C'est sous ce point de vue que nous examinerons quelques effets directs du boulet, et les prétendus effets du vent de ce projectile.

On a vu d'énormes contusions et même des escarres profondes produites par le passage rapide d'un boulet, sans qu'aucune partie des organes ait été enlevée par le projectile; on n'a pas pu croire que ces effets pussent se concilier avec un contact réel: on en a conclu que le boulet n'avait pas touché les organes, et que l'air entraîné, poussé ou comprimé par lui avait seul agi dans ces circonstances;

en un mot, que ces effets étaient dus au *vent du boulet*. Cette manière de voir a été généralement adoptée, et, pour en ébranler le crédit, il a fallu que le hasard vînt présenter des faits dans lesquels une partie saillante du corps avait été réellement enlevée par un boulet sans que des organes très-sensibles et très-voisins eussent été le moins du monde affectés. Si ces faits ne se fussent point offerts à l'observation, le vent du boulet aurait conservé tout son crédit; et même encore aujourd'hui que ces faits sont consignés par les observateurs, il reste bon nombre de partisans à cet effet médiat du boulet sur nos organes.

Une pareille opinion est cependant fondée sur deux erreurs que les moindres connaissances exactes en physique auraient pu prévenir. En effet, 1^o un boulet qui touche tangentiellement des organes mous, d'une part ne doit en emporter aucune partie, et, de l'autre, doit produire une violente contusion. 2^o L'air mis en mouvement par le boulet ne peut dans aucun cas exercer une action vulnérante ou même nuisible. La démonstration de ces deux propositions, outre qu'elle achevera de détruire un préjugé, aura l'avantage de mettre en évidence l'utilité des connaissances scientifiques dont les médecins faisaient autrefois bien moins de cas qu'ils n'en font aujourd'hui.

Sur la première proposition, nous dirons que lorsqu'un boulet rencontre tangentiellement des organes mous, il tend à leur communiquer deux mouvemens, l'un dans le sens de celui du projectile, l'autre perpendiculaire à cette direction.

Quant au mouvement dans le sens du projectile, la seule inertie des parties molles les empêchera d'y obéir, d'autant plus que dans ce choc oblique la résultante sera presque perpendiculaire à la surface frappée.

Quant au mouvement dans le sens de cette perpendiculaire, il sera inévitable, car il faut que les parties soient déprimées pour laisser passer le boulet, qui lui-même sera dévié de son chemin direct par l'effet de ce choc latéral.

Une expérience vulgaire peut servir à vérifier ces faits. Si une bille d'ivoire en repos est frappée tangentiellement par une bille animée d'un mouvement rapide, la première se meut presque perpendiculairement à la direction de la seconde. Mais cette première bille ne reçoit aucun mouvement direct; elle n'est nullement entraînée dans le mouvement de celle qui la choque, elle ne prend même aucun mouvement de rotation sur son axe vertical.

Donc un boulet qui rencontre tangentiellement des parties molles ne doit en emporter aucun fragment, mais peut et doit déprimer, contondre profondément, et réduire en escarres les parties touchées.

A mesure que la portion de la circonférence du boulet qui rencontre les parties molles présente plus d'étendue, la résultante du mouvement transmis devient plus oblique à la surface, jusqu'à ce qu'elle le devienne assez pour diviser les parties molles.

Du reste, ces parties frappées ne suivront jamais la direction du boulet, leur mouvement fait au contraire toujours un angle considérable avec cette direction, d'où vient qu'elles sont refoulées sur les parties profondes, et que ces sortes de blessures sont toujours accompagnées d'une grande contusion.

Il n'y a par conséquent rien de moins juste que cette expression : *un boulet a emporté telle ou telle partie du corps*. Les boulets n'emportent jamais rien; mais ils projettent autour d'eux les corps qu'ils rencontrent.

On voit qu'il n'était pas nécessaire d'avoir recours à l'intermédiaire d'un fluide aériiforme pour comprendre la nature particulière des lésions qui nous occupent. Mais nous allons prouver en outre que l'explication donnée n'avait aucun fondement, et que l'air mis en mouvement par le boulet ne saurait produire aucun des effets qu'on lui a attribués.

Un boulet qui sort d'une pièce de canon est animé d'une vitesse qui lui fait parcourir environ 500 mètres par seconde. Cette vitesse diminue rapidement par l'effet de la résistance de l'air, et quand ce boulet vient à produire des blessures, on ne peut pas lui supposer une vitesse de plus de 400 mètres.

Lorsqu'un corps sphérique se meut dans un fluide, il en éprouve une résistance qui est à peu près la moitié de celle qu'éprouverait avec la même vitesse une surface plane égale à sa section. D'où l'on doit conclure que le fluide qui exerce cette résistance prend lui-même une vitesse qui lui est proportionnelle en échappant latéralement à l'impulsion.

Ainsi l'air rencontré par le boulet ne peut en recevoir qu'une vitesse de 200 mètres par seconde.

Pour apprécier l'effet vulnérant du fluide élastique mu avec cette vitesse, il faut calculer sa quantité de mouvement en multipliant les masses par les vitesses.

La densité de l'air étant 5544 fois moindre que celle de la fonte qui constitue le boulet, on trouve, en faisant les calculs nécessaires, qu'un volume d'air égal à celui du boulet mu avec une vitesse de 200 mètres peut produire un effet dynamique semblable à celui que produirait le boulet lui-même s'il se mouvait avec une vitesse de 4 centimètres par seconde, effet sensiblement nul, et ne pouvant produire aucune lésion.

Si l'on ne se contente pas de cette considération purement théorique, et si l'on objecte qu'une petite masse mue avec une grande

vitesse agit autrement sur nos organes qu'une grande masse mue avec une petite vitesse, quoique d'ailleurs les quantités de mouvement soient égales, on peut avoir recours à une expérience directe.

Un volume d'air comprimé dans un réservoir, sous une pression d'un quart d'atmosphère seulement, s'échappe par un orifice percé dans les parois de ce réservoir, avec une vitesse de plus de 200 mètres par seconde. Cependant on peut présenter le dos de la main à ce courant, et en recevoir longtemps l'impression sans que la peau présente la moindre apparence de contusion et même sans éprouver la moindre douleur.

L'air est comprimé dans la crosse d'un fusil à vent, jusqu'à supporter 40 atmosphères de pression, et quand cet air vient à s'échapper, il est animé d'une vitesse de plus de 600 mètres par seconde, et cependant on peut tenir la main à l'extrémité du canon d'un fusil à vent, sans que le choc rapide de l'air produise la moindre contusion.

Il faut remarquer que dans les deux cas que nous venons de citer, le choc de l'air est produit par un courant et qu'une très-grande masse d'air est réellement lancée dans un temps très-court par une ouverture

étroite; circonstance qui serait de nature à rendre les effets dynamiques d'un semblable courant beaucoup plus considérables que ceux du petit volume d'air déplacé à chaque instant par le boulet.

Il résulte donc des considérations théoriques, aussi bien qu' des observations expérimentales, que l'air mis en mouvement par le boulet sur son passage ne peut, dans aucun cas, produire aucun effet vulnérant, ou même contondant, et que toute théorie, fondée sur cette supposition, aurait dû être rejetée, *à priori*, comme contraire à tous les faits observés.

Que l'on n'imagine pas, du reste, qu'il y ait rien de nouveau dans les principes et les faits que nous venons de poser; tout cela était connu et parfaitement exposé à l'époque même où la théorie du vent du boulet était généralement admise.

Il ne manquait donc aux chirurgiens qui ont pu adopter cette théorie, que d'être au courant des connaissances physiques de leur époque pour éviter cette erreur ou rectifier leurs idées, sans attendre une expérience tardive.

PELLETAN, professeur de la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE LÉGALE.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR UN CAS DE SUSPICION D'EMPOISONNEMENT.

Nous soussignés Caillard, docteur médecin à l'Hôtel-Dieu; Mathieu-Joseph-Bonaventure Orfila, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Jean-Pierre Barruel, chef des travaux chimiques de la même Faculté, attendu l'instruction commencée relativement à une suspicion d'empoisonnement dont aurait été victime le nommé Raymond Fructidor, décédé à l'Hôtel-Dieu; et vu l'urgence de constater l'état extérieur et intérieur du corps du défunt; et conformément à l'ordonnance de M. Michel-François Perrot, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en date du vingt juin dernier, laquelle nous commet pour accompagner à l'Hôtel-Dieu M. le commissaire de police chargé des délégations judiciaires, à l'effet, après avoir préalablement prêté serment entre ses mains, de procéder à l'autopsie du corps de Raymond; soumettre à l'analyse chimique les matières qui en seront extraites, et constater tous les indices de nature quelconque pouvant éclairer sur les causes de la mort du susnommé, et enfin consigner le tout dans un rapport particulier que nous affirmons aux termes de droit;

Déclarons qu'ayant accepté la mission, nous convinmes avec M. le commissaire

délégué de nous réunir le même jour à deux heures à l'Hôtel-Dieu, où étant, nous avons été conduits par M. l'agent de surveillance dudit hôpital dans la salle où se pratiquent les autopsies: et là, après avoir prêté le serment exigé par la loi, on nous a montré un cadavre du sexe masculin qu'on nous a dit être celui que nous étions appelés à explorer, mais avant de procéder, nous avons recueilli de MM. les élèves internes et de M. le médecin qui avaient suivi la marche de la maladie depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'au moment de sa mort, les renseignements suivans.

Le 17 juin 1833 a été couché au n° 3 de la salle Sainte-Madeleine le ci-dessus dénommé, âgé de 24 ans, coiffeur, demeurant rue des Fossés Saint-Germain l'Auxerrois n.4, à Paris (garçon).

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il offrit les symptômes suivans: teinte ictérique très prononcée, état comateux; réponses nulles ou très embarrassées; langue sèche et rugueuse; pouls à peu près normal; ventre indolent dans la partie inférieure; épigastre un peu douloureux à la pression et un peu tendu. On lui a ordonné bains, cataplasmes sur le ventre, lavement émollient, boissons mucilagineuses. Vers les cinq heures du soir, le malade fut pris tout à coup et sans cause connue d'un délire furieux, il voulut se lever, se coucher par

terre; on fut obligé de lui mettre la camisole. Le délire dura jusqu'à trois heures du matin. A dater de ce moment, il tomba dans un coma profond et à la visite du 18 au matin, on le trouva dans l'état suivant : coma profond, n'entendant, ne répondant rien, yeux fermés, pupilles très dilatées, pouls faible mais fréquent, peau visqueuse, épigastre indolent, donnant à peine quelques signes de douleur lorsqu'on le pinçait fortement. On prescrivit des vésicatoires aux jambes, des sinapismes, des sangsues et un lavement purgatif. Le malade mourut à cinq heures du soir sans avoir rien offert de particulier.

Après avoir recueilli ces renseignements, nous découvrîmes le cadavre pour procéder à son autopsie, mais celle-ci avait déjà été faite à dix heures du matin par M. le docteur Caillard, assisté de M. Cazeaux, élève interne; de sorte que nous n'avons eu qu'à vérifier l'exactitude des faits qu'ils avaient décrits. Nous avons constaté : roideur cadavérique assez marquée; teinte jaune de la peau; une ecchymose considérable aux lombes et à la partie supérieure des fesses. Comme le cadavre a été couché sur le dos, cette ecchymose est probablement cadavérique.

Les médecins nous ont dit qu'au moment où on a placé le cadavre sur la table de dissection, il a rendu par la bouche une demi-pinte environ d'un liquide noirâtre et grumeleux, mais que ce liquide n'avait pas été recueilli.

Après avoir ouvert les parois abdominales et thoraciques et les avoir renversées, l'estomac a été coupé au cardia pour être examiné: il contenait dans sa cavité un liquide semblable à celui qui est sorti de la bouche du cadavre, et ce liquide, qui a été recueilli en partie, est contenu dans un petit bocal de verre qui nous est présenté.

Les tuniques de l'estomac sont très emphysemateuses, on dirait que l'on a insufflé de l'air entre les diverses couches qui les constituent, et surtout entre l'interne et la moyenne; de sorte qu'elles sont boursoufflées et ressemblent assez par leur aspect à la peau d'un membre infiltré. La partie supérieure de l'intestin grêle (jéjunum) présente, dans une étendue de deux pieds environ, une teinte noirâtre très prononcée, et comme cette portion de l'intestin contenait une petite quantité de liquide semblable à celui retiré de l'estomac, on l'a réuni à ce dernier.

Le reste de l'intestin grêle, ne présente rien autre chose de particulier que quelques taches noirâtres de trois à quatre lignes de diamètre.

L'œsophage offre à sa partie inférieure un boursoufflement analogue à celui de l'estomac, et n'a rien de remarquable à sa partie supérieure; le pharynx, la muqueuse buccale et les gencives, présentent une teinte jaune verdâtre pâle. La langue, qui est retirée sur elle-même dans le sens de sa longueur, ce qui

lui donne une plus grande épaisseur que dans l'état normal, est enduite d'une viscosité brunâtre. Le tissu cellulaire qui est à l'ouverture supérieure du larynx présente une coloration jaune verdâtre assez prononcée.

Le cerveau examiné avec soin n'a rien offert que de normal. Le foie qui est peu volumineux, est comme atrophié, et la vésicule biliaire est vide.

Comme le cadavre éprouvait déjà les phénomènes de la décomposition putride, nous n'avons pas jugé convenable de pousser plus loin nos recherches sur les autres organes, et nous nous sommes bornés à désarticuler la mâchoire inférieure que nous avons enlevée avec la langue et le larynx; nous y avons joint le pharynx, et nous avons invité M. le commissaire de police à mettre le tout sous son scel, ainsi que la matière liquide extraite de l'estomac et du jéjunum, et à nous le faire apporter au laboratoire de la Faculté le lendemain matin 21 juin à neuf heures du matin, afin de procéder aux recherches chimiques qui nous étaient demandées.

Le 21 juin, étant réunis au laboratoire de chimie de la Faculté, M. le commissaire de police, nous a fait la remise des objets que nous lui avions fait sceller la veille; et, après avoir constaté l'intégrité de son sceau, nous avons procédé à nos recherches dans l'ordre que nous allons rapporter.

Examen de la portion de mâchoire que nous avons détachée.

Cette mâchoire est garnie de toutes ses dents; ces dents sont solides, le poli et le lustre de leur émail, même après qu'il est sec, ne permet pas d'admettre qu'il ait été touché par aucun acide minéral, concentré ou affaibli; car, ainsi que nous nous en sommes assurés, l'émail de ces dents, touché avec les uns ou les autres de ces acides et séché ensuite, est alors d'un blanc de lait et opaque. Cette expérience démontre que l'individu n'est pas mort des suites de l'ingestion d'un acide, car quand bien même l'on voudrait admettre qu'il l'eût avalé sans qu'il touchât les dents, les liquides qui sont sortis de l'estomac lorsqu'on a placé le cadavre sur la table de dissection, ou bien ceux qu'il a nécessairement dû vomir avant sa mort, par leur simple passage sur les dents auraient suffi pour en altérer l'émail et le rendre terne et opaque.

Toutefois, la teinte jaune verdâtre du pharynx, des gencives et de leur muqueuse buccale, ainsi que la même teinte que possède le tissu cellulaire qui se trouve à l'ouverture supérieure du larynx, ayant paru faire soupçonner que ces parties auraient éprouvé le contact de l'acide nitrique d'une part, et de l'autre l'enduit muqueux noirâtre qui recouvrait la surface supérieure de la langue ayant aussi

fait supposer que ce phénomène pouvait être attribué à son contact avec de l'acide sulfurique, nous avons cru devoir rechercher, tant à l'extérieur que dans l'intérieur de ces diverses parties, l'existence des plus petites traces de l'un ou de l'autre de ces acides.

Des bandelettes de papier bleu de tournesol, préalablement mouillées, ont été appliquées sur toutes les surfaces; autour et sur le milieu de la langue, la couleur d'aucune d'elles n'a viré au rouge, même après une heure d'application.

Les parties jaunâtres ont été touchées sur quelques points avec un tube trempé dans la dissolution de potasse caustique, la teinte jaune n'a point disparu et n'a point changé de ton, ce qui est un indice presque suffisant qu'elle n'est point due à l'action de l'acide nitrique: toutefois, pour nous convaincre qu'elle était un des principaux phénomènes de l'ictère, nous avons disséqué toutes les parties colorées, nous les avons coupées en petits morceaux et les avons mises avec très peu d'eau distillée et deux cristaux de bi-carbonate de potasse par: nous avons placé la capsule à une température de 30°, que nous avons entretenue pendant une heure, puis nous avons filtré; la liqueur filtrée a été évaporée jusqu'à siccité après avoir été saturée par l'alcali caustique: le résidu de cette évaporation a été traité par de l'alcool, qui n'a dissous que de l'acétate de potasse ainsi que l'on s'en est assuré.

La matière insoluble dans l'alcool a été traitée par un peu d'eau distillée, et la liqueur filtrée essayée convenablement n'a fourni aucun indice de nitrate ni de sulfate de potasse. Le résidu insoluble dans l'eau était de la matière incolore de nature albumineuse.

La langue qui, ainsi que nous l'avons dit, était retirée sur elle-même, et recouverte d'un enduit visqueux brunâtre, a été traitée dans le but de découvrir dans sa substance les plus petites traces d'acide sulfurique ou nitrique, soit libres, soit combinées, qui pourraient y exister, et les résultats de nos expériences ont été entièrement négatifs.

Analyse d'un liquide noirâtre retiré de l'estomac.

Ce liquide, qui est très visqueux, après avoir été mélangé avec deux fois son volume d'eau distillée, a été porté à l'ébullition, puis filtré à travers un filtre préalablement épuisé de toutes matières solubles.

Le liquide filtré, qui était parfaitement clair, avait une couleur ambrée foncée; divisé en plusieurs parties, que nous avons étudiées, nous avons reconnu qu'il rougit à peine le papier de tournesol; qu'il louchit très faiblement avec la dissolution de chlorure de barium, et qu'il est très légèrement précipité par le nitrate d'argent.

Il ne change point de couleur par le pas-

sage d'un courant d'hydrogène sulfuré, et n'éprouve rien de la part du proto-sulfate de fer.

Bien que ces premières expériences n'indiquent l'existence d'aucune matière vénéneuse métallique, et que les traces d'acide sulfurique ou même de sulfate et d'hydrochlorate qui y sont décélées n'y soient pas contenues plus abondamment que dans l'état normal, nous avons poursuivi nos recherches sous le rapport des poisons organiques, et aucune d'elles ne nous en a fourni la plus petite trace.

La matière brunâtre qui colorait le liquide, et qui était restée sur le filtre, ne rougissait pas le papier bleu de tournesol; elle a été desséchée, puis traitée par l'alcool absolu; la liqueur provenant de ce traitement, évaporée jusqu'à réduction de quelques gouttes, a laissé un résidu dans lequel on n'a pu constater aucune substance vénéneuse.

Enfin le résidu qui a été traité par l'alcool a été séché, puis calciné dans un tube de verre disposé de manière à recevoir dans l'eau régale concentrée les produits volatils de la décomposition, a fourni une liqueur dans laquelle il a été impossible de constater l'existence de la plus petite trace d'acide sulfurique.

Conclusions.

Il résulte des expériences tentées par nous, des symptômes présentés par le malade et des altérations organiques observées après la mort:

- 1° Qu'il n'est point mort d'empoisonnement par les acides minéraux;
- 2° Qu'il est impossible de dire que le malade soit mort par l'effet de tout autre poison, dès que les expériences n'ont fait découvrir la trace d'aucune substance vénéneuse;
- 3° Que cependant l'absence de toute matière toxique ne prouve pas qu'il n'y ait pas eu empoisonnement, parce que le poison aurait pu être rejeté en entier ou absorbé pendant la vie;
- 4° Que les lésions inflammatoires signalées dans le canal digestif peuvent très bien avoir été produites par d'autres causes qu'un empoisonnement, ainsi que cela s'observe très fréquemment, et suffisent pour expliquer la mort;
- 5° Que celle-ci pourrait encore avoir été occasionnée par l'affection cérébrale qui l'a précédée, affection qui ne s'est pas certainement développée sous l'influence d'un poison;
- 6° Enfin, que c'est probablement à la lésion des organes et des fonctions digestifs et à l'affection cérébrale que la mort de Raymond Fructidor doit être attribuée.

CAILLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu;

ORFILA, doyen de la Faculté;

BARRUEL, chef des travaux chimiques de la Faculté de méd. de Paris, RAPPORTEUR.

PHARMACIE.

NOTE SUR LES PRÉPARATIONS DE SALSEPAREILLE.

Les importantes propriétés médicales de la salsepareille ont été reconnues et établies pendant une longue suite d'années sur des médicamens dont le mode de préparation consistait à extraire les principes actifs de cette racine, au moyen de *décoctions aqueuses prolongées* : ce n'est que tout récemment qu'un mémoire de M. Hancock, inséré dans le *Journal de la Société médico-botanique de Londres* (1830), est venu mettre en doute l'efficacité d'un pareil traitement pharmaceutique ; M. Hancock traite les préparations connues sous les noms de *sirop* et d'*extrait de salsepareille* comme absurdes, puisqu'elles n'ont plus les vertus de la racine, et il déplore qu'une si grande quantité de cette excellente plante soit ainsi perdue en vapeurs comme un encens brûlé à la déesse de la folie (expression de M. Hancock). Malgré le ton leste et tranchant avec lequel cet Anglais traite l'expérience de tous ceux qui l'ont précédé dans la carrière de l'observation médicale et pharmaceutique, il ne me serait jamais venu à l'idée de prendre la plume pour combattre ses opinions, si elles n'avaient reçu implicitement la sanction d'un de mes collègues dont j'estime le talent et l'esprit d'observation. M. Soubeiran rapporte en effet (*Journal de Pharmacie*, t. 16, p. 39) quelques expériences dont le résultat lui semble favorable aux assertions de M. Hancock.

Cette opinion d'outre-mer, ainsi corroborée, ayant produit dans le temps quelque impression, puisqu'elle a trouvé moyen de se faire soutenir dans une discussion élevée au sein même de l'Académie royale de médecine, je crois devoir, dans l'intérêt d'une médication si fréquemment appliquée, faire connaître les raisons qui me portent à ne pas admettre intégralement les opinions de M. Hancock.

Il dit que la bonne salsepareille a une âcreté nauséuse particulière, « ce qui est le » meilleur caractère pour la reconnaître. » Je partage en cela l'avis de M. Hancock, mais plus loin il ajoute : « J'incline à croire « que les propriétés de cette racine sont dues « à un principe âcre, nauséux, semblable à « celui de l'*épécacanha*, en ce qu'il est tout-à-
« fait détruit par une longue ébullition. » Il y a ici erreur et confusion bien évidentes. L'*épécacanha* contient sans doute un principe d'odeur nauséabonde, mais qui n'est point vomitif ; cette propriété réside tout entière dans l'*émétiac* qui n'est point volatile, et qu'une longue ébullition dans l'eau n'altère

en aucune manière. Ce fait résulte d'expériences positives, qui contredisent complètement l'assertion de M. Hancock.

En est-il de même de la salsepareille ? L'état actuel de nos connaissances chimiques ne nous permet point de l'affirmer, mais on peut le penser d'après ce que je dirai bientôt et d'après M. Hancock lui-même, car il dit, quelques paragraphes plus loin : « Il existe, « dans la salsepareille, un certain principe « qui n'est pas complètement dissous par l'eau « bouillante : après avoir épuisé par deux « décoctions de la salsepareille, j'ajoutai sur « le marc de l'esprit de vin rectifié, et je fis « digérer à une douce chaleur ; alors ajoutai « tant de l'eau bouillante et exprimant, je « me suis procuré quatre pintes d'infusion « possédant les propriétés âcres de la salse-
« pareille, à un plus haut degré que celle « qui a été obtenue par la première action de « l'eau seule. »

Il est donc évident, d'après cela, que le principe actif de la salsepareille n'est pas détruit par l'ébullition dans l'eau, et que M. Hancock n'est pas bien fondé dans ses opinions, puisqu'il se met en contradiction avec lui-même à quelques pages de distance. En effet, si le principe était volatil ou détruit par l'ébullition, on ne pourrait plus l'extraire, au moyen de l'alcool, de la salsepareille qui aurait subi préalablement deux décoctions aqueuses.

Quoi qu'il en soit, M. Hancock conclut qu'il faut préférer l'infusion ou digestion prolongée à une longue coction, pour traiter la salsepareille, et il s'appuie sur l'efficacité plus grande qu'il a obtenue de ce remède ainsi préparé dans le traitement des maladies syphilitiques. A la vérité, M. Hancock n'invoque ici que son expérience personnelle, et il semble ne tenir aucun compte de celle de ses devanciers qui, cependant, n'ont presque jamais prescrit que des préparations de salsepareille faites par une ébullition prolongée, et n'en ont pas moins obtenu des succès sur lesquels la grande réputation médicale de la salsepareille est fondée.

M. Soubeiran a attaché, selon moi, trop d'importance à l'opinion émise par M. Hancock, que l'activité de la salsepareille réside dans un principe âcre et nauséux, et que toute préparation qui en est privée doit être inerte ou fort peu efficace : ce qui le porte à considérer l'extrait alcoolique de la salsepareille, comme représentant toutes les propriétés médicales de cette racine.

Je ne partage pas cet avis : je crois que les préparations les plus efficaces de cette racine, sont encore celles obtenues par l'an-

cienne méthode, c'est-à-dire par une longue ébullition, après une macération préalable de vingt-quatre heures. Je crois le principe âcre et nauséux tout-à-fait étranger à la vertu active de la salsepareille, et ce qui le prouve, c'est qu'il est complètement isolé ou détruit par les décoctions réitérées de cette racine. Il est sans doute très-fâcheux que nous manquions d'une bonne analyse chimique de la salsepareille et que nous ignorions auquel de ses principes constituans on doit attribuer ses vertus médicales; mais si j'en juge par quelques expériences qui me sont personnelles, rien n'est plus facile de se rendre compte de quelle manière les décoctions de salsepareille sont débarrassées du principe âcre et nauséux: l'amidon contenu dans cette racine y joue un rôle actif: en effet; les décoctions laissent se séparer, par le refroidissement, une matière floconneuse d'un blanc sale, et qui résulte de la combinaison de l'amidon avec un des principes de la salsepareille: cette combinaison est soluble à chaud et insoluble à froid. Est-ce une matière tannante qui a ainsi précipité l'amidon? je ne le crois pas, puisque l'infusion de salsepareille ne

se trouble pas au moyen de la gélatine animale: c'est un principe particulier à la salsepareille, mais qui, combiné à l'amidon et séparé des décoctions refroidies, doit être étranger aux propriétés de cette racine. Sans affirmer que ce soit le principe âcre qui est ainsi séparé des décoctions par la réaction chimique dont je viens de parler, je suis cependant très-porté à le penser, car j'ai privé un macératum aqueux de salsepareille de sa saveur âcre, en le battant fortement avec une certaine dose de gelée d'amidon; j'ai fait ainsi artificiellement ce qui se produit tout naturellement lorsqu'on met à bouillir de la salsepareille dans l'eau.

En attendant que de nouvelles expériences viennent nous éclairer, je crois qu'il est prudent de ne pas modifier l'ancien mode de préparation des médicamens dont la salsepareille fait la base. C'est avec ces sortes de médicamens qu'une longue expérience thérapeutique s'est formée; et c'est sur eux que le médecin compte dans sa pratique: il est donc important de n'y rien changer si l'on veut ne point induire le médecin en erreur.

J. B. CAVENTOU, *Professeur à l'École de pharmacie, etc.*

II. — REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

PATHOLOGIE ET TÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS D'HYDROPIESIE ET DE GANGRÈNE DANS UNE FAMILLE QUI AVAIT VÉCU QUELQUE TEMPS DE POMMES DE TERRE MALSAINES; par Al. PEDDIE, d'Edimbourg. — La première fois, M. Peddie fut appelé le 13 décembre 1832, pour une fille de 19 ans, qui avait une partie de la joue gangrénée. Quelques semaines auparavant, Marie Clapperton avait eu une scarlatine dont l'éruption, bornée à la poitrine, n'avait duré qu'un jour. Depuis, l'empâtement de la joue s'était montré, et avait été en augmentant jusqu'à ce qu'on appliquât des sangsues à la suite desquelles parut la gangrène. L'ablation de la partie mortifiée, l'usage de topiques stimulans et balsamiques, et à l'intérieur l'administration du vin guérissent cette affection. Le 12 janvier, la cicatrice de l'ulcère était complète, et l'état général satisfaisant.

Alexandre Clapperton, âgé de 6 ans, fut aussi visité le 13 décembre. Six semaines auparavant, il avait eu aussi la scarlatine, avec une éruption franche et une convalescence facile. Depuis 10 jours il était faible, pâle, bouffi, languissant, avec une digestion troublée, et des symptômes d'hydropisie thoracique et abdominale. Le calomel et la scille furent donnés en vain; l'hydropisie fit de progrès. La mort eut lieu le 17.

A l'autopsie, on trouva des épanchemens dans la plèvre droite et dans le péritoine, avec fausses membranes.

Agnès Clapperton, âgée 4 ans, n'eut point de scarlatine. Elle offrit à peu près les mêmes symptômes qu'Alexandre, et mourut le 29 décembre. A l'autopsie: épanchement dans les deux plèvres et dans le péritoine; tubercules dans l'épaisseur de l'iléon; suppuration des glandes mésentériques, inflammation de la fin de l'iléon.

En allant à des renseignemens plus précis sur cette singulière affection, qu'on ne pouvait pas attribuer qu'à la scarlatine, M. Peddie apprit que cette malheureuse famille, tombée dans la misère, ne mangeait depuis quelque temps que de ces mauvaises pommes de terre que le fermier laisse à la surface du sol, exposées au soleil du jour et à la gélée de la nuit, et conséquemment soumises à un travail continu de fermentation et de putréfaction. Selon les voisins, ces pommes de terre étaient gelées, de peu de consistance, d'une couleur verte ou pourpre et d'une saveur excessivement amère. La pauvre famille avait commencé ce régime plus de six semaines avant le mois de décembre; et, peu de jours après, presque tous ses membres avaient ressenti des douleurs d'entrailles, avaient eu la diarrhée, étaient pâles, faibles, etc.

On trouvera extrêmement probable que

telle fut la cause de maladie des Clapperton, si on se rappelle, ce qui est bien connu des fermiers et des agriculteurs, que les chevaux et les bœufs ne peuvent pas manger de ces pommes de terre gelées sans devenir hydro-piques et sans éprouver des dérangemens de digestion graves et quelquefois mortels.

SORTIE DE VERS DE DIFFÉRENTES PARTIES DU CORPS, par le docteur Neilson. — Jean Alexandre, âgé de 10 ans, était depuis un an d'une santé faible; quoique l'appétit fût conservé, la débilité générale et la flaccidité des chairs annonçaient une maladie profonde. Une tumeur formée depuis huit mois dans la région hypogastrique finit par s'abcéder, par s'ouvrir spontanément, et rendit, avec deux onces de pus, un ver blanc de la longueur d'un pouce. Huit ou dix jours après, une seconde tumeur s'éleva à trois pouces de distance de la première, sur le côté droit de la poitrine, s'abcéda, et donna encore issue à un ver. Dans l'espace de deux mois, cinq vers furent ainsi rendus par différens points du corps, tous semblables au premier, et vivant plusieurs heures après leur sortie. Lorsque je vis le malade, écrit le docteur Neilson, les tégumens de la joue et de l'œil droits étaient excessivement gonflés; en peu de jours, un autre ver fut rendu par la paupière supérieure. Je prescrivis plusieurs médecines pendant six semaines, mais les abcès continuèrent à se former, et firent sortir vingt vers. Ils étaient en plus grand nombre du côté droit. A la fin, deux grains de calomel furent administrés chaque soir, jusqu'à ce que l'action du mercure se fit sentir aux gencives. La convalescence ne se fit point attendre.

Est-ce à l'action antivermineuse bien connue du calomel, ou à l'épuisement spontané du foyer vermineux, que fut due la disparition de ce singulier phénomène?

Depuis trois mois la santé est très-bien rétablie. (*Lond., med. chir. Review.*)

TIC DOULOUREUX.—M. T. R. Cooper, de l'hôpital de Guy, a rapporté un cas de tic douloureux traité avec succès par le carbonate de fer à hautes doses, ainsi que l'a recommandé M. Hutchinson. L'excessive douleur empêchait la malade de dormir, excepté tout au plus une heure, lorsque par hasard il survenait un peu de rémission. Elle n'avait jamais eu mal aux dents, et toutes ses dents paraissaient saines. Le supplice continuel qu'elle endurait l'avait réduite à un état de débilité nerveuse extrême, accompagné de dyspepsie, etc. Elle avait employé, d'après le conseil de plusieurs médecins, différentes espèces de linimens et d'embrocations, des apéritifs et des toniques, parmi ceux-ci particulièrement le sul-

fate de quinine. M. Cooper lui conseilla d'essayer le carbonate de fer; elle commença par 20 grains mêlés avec de la thériaque, quatre fois par jour, et augmenta graduellement de 5 grains chaque dose, jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à 40 grains. Elle continua de prendre cette quantité, quoique avec quelques nausées, quatre fois par jour pendant une semaine, et alors elle éprouva un mieux notable. Au bout de quinze jours, l'estomac fut habitué à la dose, et la douleur, qui avait été en diminuant, cessa tout-à-fait, en même temps que la santé générale s'améliora. Alors la malade commença à diminuer graduellement la dose de carbonate de fer, jusqu'à ce qu'elle fût revenue à 4 grains, et elle cessa. Pendant l'usage du médicament, elle reprit la coloration animée de ses joues, qui l'avait quittée depuis plusieurs mois.

NOTE SUR L'EAU BINELLI, ET SES EFFETS THÉRAPEUTIQUES, par J. Davy, insp. des hôpitaux militaires. — L'eau qui fait le sujet de cette note a, pendant plusieurs années, joui d'une grande réputation en Italie, soit sous la dénomination d'*eau balsamique artérielle* tirée de ses prétendus effets, soit sous celle d'*eau Binelli*, du nom de son auteur. Les propriétés que lui assignait Binelli étaient réellement merveilleuses; car elle avait la vertu d'arrêter les hémorrhagies internes et externes les plus graves, de guérir toute sorte de plaie, de rappeler les évacuations sanguines de l'utérus supprimées, etc.

Le docteur Davy a examiné avec soin les qualités physiques et chimiques de l'eau Binelli: il a trouvé que ce liquide avait une pesanteur spécifique à peu près la même que l'eau distillée; qu'il n'était ni acide, ni alcalin, ni salin; que son odeur ressemblait assez à celle du gaz hydrogène non purifié, et que cette odeur se dissipait par l'ébullition; que son goût était tant soit peu piquant, mais pas le moins du monde astringent. En un mot, l'eau Binelli a toute l'apparence de l'eau ordinaire contenant un peu d'huile volatile ou de naphthe, et est probablement due à la distillation de l'eau de Pétrole, ou de quelque espèce de goudron.

Les expériences faites sur les animaux par le docteur Davy s'accordent avec cet examen chimique. Aucune hémorrhagie n'a été arrêtée, et l'imbibition des compresses appliquées sur les plaies a paru aussi insignifiante que celle qu'on aurait faite avec l'eau commune.

M. Davy ne croit pas plus à l'efficacité de l'usage interne de l'eau Binelli qu'à la prétendue puissance de l'eau de goudron de l'évêque Berkeley. Selon lui, le plus grand service qu'aient pu et que puissent rendre ces deux liquides, c'est d'être parfaitement innocens. (*Edimb. med. and surg. Journal.*)

ACCOUCHEMENS.

CIRCULATION PLACENTAIRE; OPÉRATION CÉSARIENNE, par le docteur Marson. — Madame C., arrivée au huitième mois de sa grossesse, fut prise de douleurs le 18 juin. Après avoir reconnu que la tête se présentait dans la première position, je me retirai dans une chambre voisine. Pendant ma courte absence, l'utérus se contracta violemment, et, comme le bassin avait une grande capacité et que la grossesse n'était qu'au huitième mois, l'œuf fut aussitôt chassé tout entier : le placenta et les membranes qui y étaient attachées entouraient l'enfant flottant dans la liqueur de l'amnios. Lorsque les membranes furent rompues, l'enfant respira mal; la circulation étant très-active dans le cordon, je ne voulus pas l'interrompre. Pendant trois quarts d'heure, l'enfant ne dilata pas sa poitrine plus d'une fois par cinq minutes : ensuite la respiration fut meilleure et convenablement établie au bout d'une heure. Je divisai alors le cordon où le sang circulait librement : aucune hémorrhagie ne se montra du côté du placenta qui avait adhéré à l'utérus.

Quoique la pulsation du cordon ombilical fût un indice certain que le sang passât dans le placenta, je crois qu'on peut aussi conclure qu'il retournait à l'enfant; car, sans cela, la vie de celui-ci n'eût pas duré une heure.

J'ai cité ce fait afin de montrer jusqu'où va l'indépendance de la circulation du fœtus, et de prouver que l'opération césarienne peut être pratiquée avec succès bien plus long-temps après la mort de la mère qu'on ne le suppose généralement. Heureusement cette opération est rare; mais comme elle a pour elle nos plus grandes autorités médicales en même temps que les faits les plus anciens et les plus authentiques, il est intéressant de considérer à quelle distance de la mort apparente de la mère elle a des chances de succès.

Dans la plupart des observations connues d'opération césarienne, il n'est pas dit combien de temps après la mort de la mère l'enfant a été cherché. Voici quelques exemples plus précis :

Flajani, de Rome, fit l'extraction d'un fœtus par l'opération césarienne, une heure après la mort de la mère, qui fut emportée par une fièvre dans le 7^e mois de sa grossesse. L'enfant respira dix minutes, et mourut.

Dans le 12^e volume des *Transactions médico-chirurgicales*, il est rapporté un cas d'opération césarienne faite par M. Green. La femme, dans le 9^e mois de sa grossesse, avait été renversée par une voiture, et était morte vingt minutes après l'accident.

M. Green commença l'opération 13 minutes après la mort, et obtint un enfant qui vécut 34 heures.

Burns dit, sans donner le nom de l'opérateur : « Une femme mourut d'une dyssenté-rie, qui dura deux mois, à la fin de sa grossesse. L'opération pratiquée 12 minutes après donna un enfant vivant. »

Le docteur Jackson rapporte un cas qui a de l'analogie, bien qu'il ne soit pas relatif à la section abdominale. Une femme, depuis long-temps malade de la poitrine, mourut subitement pendant le travail. L'accouchement était assez avancé pour qu'on se fît un devoir d'appliquer le forceps. L'enfant vint un quart d'heure après la mort de sa mère, et, un quart d'heure après sa naissance, il commença à respirer. (*Lond. med. Gaz.*)

FÉCONDITÉ EXTRAORDINAIRE. — Dans le 88^e numéro du *Severnaga Ptchela*, journal russe, le docteur Bajalskry rapporte plusieurs exemples de fécondité, dont les suivans sont les plus remarquables. En 1755 Jacob Kirilo, russe, fut père de 57 enfans vivans, d'une seule femme, qui eut 4 couches quadruples, 7 couches triples, et 10 couches doubles : sa seconde femme eut une couche triple et six couches doubles. — Fédor Wasiliewitz, de Schja, eut une première femme qui accoucha 27 fois, 4 fois de 4 enfans, 7 fois de 3, et 16 fois de 2. Des documens officiels font foi que, le 27 février 1782, ce Wasiliewitz, âgé de 75 ans, conservait 83 enfans vivans de 87 qu'il avait eus. (*Lond., med. and. surg. Journal.*)

MÉDECINE COMPARÉE.

APOPLEXIE ET PHRÉNITIS CHEZ LE CHEVAL. — *La migraine* du cheval est l'apoplexie sous sa forme la plus douce. Elle consiste dans le transport du sang au cerveau, dans la compression exercée alors sur l'origine des nerfs encéphaliques et la perte de conscience et de mouvement volontaire. Le cheval est encore sujet à un genre de compression cérébrale plus grave, l'apoplexie proprement dite, connue sous le singulier nom de *vertige soporeux* (*Sleepy Staggers*), pour le distinguer du *phrénitis* ou *vertige furieux* (*Mad Staggers*).

PREMIERS SYMPTÔMES. On peut prévoir l'approche de cette affection, si le palfrenier est intelligent et attentif. Le cheval a de l'impétence, de l'hébétude, un peu de stupeur, et quelque chose d'engourdi dans la démarche. Ces symptômes se dissipent par un peu d'exercice en plein air, mais ils reviennent jusqu'à ce qu'enfin on soit obligé de s'occuper sérieusement de l'animal.

SYMPTÔMES PLUS GRAVES. Le cheval a la tête basse et appuyée sur la mangeoire ou heurtée contre le mur, et évidemment une grande

partie du poids du corps est soutenue par cette pression de la tête sur quelque point fixe; il se balance d'un côté à l'autre comme pour tomber, et en effet il tombe pour peu qu'on le remue; s'il peut porter son museau dans un coin, il restera là sans mouvement une demi-heure ou plus, et tout-à-coup tombera comme s'il était blessé par une balle. Debout, il dort ou paraît dormir, ou au moins n'a pas la conscience des objets environnans. Si on l'éveille, il porte autour de lui un regard vide; peut-être prendra-t-il un peu de foin; mais après l'avoir à demi-mâché, son œil se ferme et il se rendort la bouche pleine. Réveillé de nouveau, il n'entend pas la voix, ne sent pas la main de son maître. Son dernier acte volontaire est pour boire, mais la déglutition est très-difficile, et le liquide revient par les narines. L'écume vient à la bouche, le balancement d'un côté à l'autre est de plus en plus marqué, jusqu'à ce que l'animal tombe définitivement; la respiration est laborieuse et livrée aux seuls nerfs organiques, ceux de la vie animale étant paralysés, le pouls est lent et concentré, la veine jugulaire très-gonflée, le museau froid, les selles involontaires; les yeux sont de temps en temps ouverts et saillans, avec des pupilles dilatées. L'animal grince des dents, et a des mouvemens convulsifs de la face et des membres. Dans la plupart des cas, ces convulsions sont de courte durée, et précèdent la mort de peu d'instans.

NÉCROPSIE. — Tout le système veineux est congestionné, mais en particulier les vaisseaux du cerveau sont gorgés d'un sang noir. Ordinairement il n'y a point d'inflammation du cerveau ni de ses membranes. L'estomac contient plus de nourriture que de coutume, et lorsqu'il est vide le gros intestin est rempli de matières fécales; alors les rougeurs inflammatoires de l'estomac et de l'intestin sont en rapport avec la quantité de substances qu'ils contiennent.

ESPÈCE DE CHEVAUX LA PLUS SUJETTE A CETTE MALADIE. — Cette affection se rencontre le plus souvent dans les écuries des maîtres de poste et des fermiers. Il y a une trentaine d'années elle infestait ces écuries, et la perte supportée par plusieurs personnes fut vraiment énorme; mais les progrès de l'art vétérinaire ont été tels depuis cette époque, que nous avons un cas de vertige là où nous en avions vingt.

NATURE ET CAUSE. — Nous avons déjà dit que la cause prochaine était le transport du sang au cerveau, la compression de l'origine des nerfs de la vie animale, et par suite de ceux de la vie organique. Quelle est à présent la cause de ce transport du sang? La super-nutrition et la trop grande abon-

dance de sang. Nos idées actuelles sur la nutrition sont fort différentes de celles de nos prédécesseurs. Nous désirons moins une chair chargée de graisse et bonne pour le boucher, si le cheval allait à la boucherie, qu'une belle chair musculaire ferme, et portant une petite proportion de tissu cellulaire et adipeux; nous aimons mieux ce qui augmente la puissance de la nature que ce qui l'opprime.

LE MAUVAIS RÉGIME CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE VERTIGE. CHEVAUX DE VOITURES. — La valeur de l'exercice est mieux comprise aujourd'hui; on le proportionne à la quantité et à la qualité de la nourriture, et la division du travail est plus rationnelle. Le cheval de relais ne court plus ses cinq ou six lieues. Quand les chevaux arrivaient ainsi harassés et affamés, il fallait les mettre à reposer pour une vingtaine d'heures, à manger avec voracité. Leur estomac était distendu outre mesure, et leur digestion d'autant plus mauvaise. De là les congestions, surtout vers le cerveau qui a de si étroites sympathies avec l'estomac. Beaucoup de ces animaux étaient atteints de vertige, et périssaient misérablement.

L'habitude d'alors de donner des quantités considérables de son sec mêlé de blé était aussi fort nuisible; car il y a peu de substances aussi indigestes que la pellicule du froment.

LE CHEVAL DE FERMIER. — Le fermier était dans l'usage d'envoyer ses chevaux aux champs de bon matin, et de les tenir à la charrue pendant six ou huit heures. De là ils rentraient à l'écurie fatigués, se gorgeaient de nourriture, étaient atteints de vertige et mouraient; ou, si le mal n'allait pas jusque là, l'animal restait engourdi, paresseux, stupide, sujet à de fréquentes demi-attaques de vertige. Très-souvent encore il devenait aveugle. Il était notoire que c'était le fermier qui avait le plus grand nombre de chevaux aveugles, excepté peut-être le maître de poste; et l'espèce particulière de cécité qui survenait chez ces chevaux c'était l'amaurose, encore appelée *œil de verre* (*glass-eye*), la paralysie du nerf optique. Ce nerf, par sa position sur la partie supérieure de la base du crâne, devait être le plus directement et le plus immédiatement comprimé par l'effet d'un grand afflux de sang au cerveau. De même, dans l'homme, les vertiges, les illusions de la vue, ne sont-ils pas les signes de l'imminence d'une grave affection cérébrale?

Le régime des chevaux est aujourd'hui tout-à-fait différent. Des relais plus courts, une division du travail mieux établie, des intervalles suffisans pour le repos et pour la nourriture ont fait disparaître presque com-

plètement le vertige comateux des écuries des maîtres de poste, et la distinction du travail du matin et du travail du soir pour les chevaux de ferme a eu un aussi bon résultat pour l'agriculture. C'est au temps et

à l'expérience que les maîtres de poste et les fermiers sont redevables de cette sagesse si bien entendue. (*Leçons de Médecine vétérinaire faites à l'université de Londres*, par M. Youatt, *the Lancet.*) H. GOURAUD, D. M.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

PHYSIOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'INFLUENCE QU'EXERCE LA CIRCULATION CAPILLAIRE SUR LA CIRCULATION GÉNÉRALE; par le docteur PIGEUX.

Ces recherches sont consacrées à établir plusieurs faits omis par M. le Dr Poiseuille, qui, dans le travail qu'a publié le 1^{er} tome du *Journal hebdomadaire*, a cru devoir conclure de ses expériences sur la circulation, « qu'à l'état normal, le système capillaire ne concourt aucunement au mouvement du sang dans son passage des artères dans les veines, et qu'à part quelques moyens fort secondaires, tels que la respiration, le battement des artères contre les veines, les mouvements musculaires, la cause du mouvement du sang dans les veines est l'action du cœur et l'élasticité des artères mise en jeu par les contractions de cet organe. » — M. Pigeux pense que l'expérimentation physiologique et l'observation clinique ne permettent pas d'admettre dans toute leur étendue les conclusions de M. Poiseuille; les faits qu'il cite nous paraissent probans dans le sens qu'il indique. Si, après avoir mis à découvert les vaisseaux cruraux et ouvert la veine, on comprime l'artère, le sang qui s'échappait par ce dernier vaisseau ne tarde pas à couler en nappe au lieu de couler en arcade, puis à cesser tout-à-fait de couler. Jusque là, M. Poiseuille triomphe et soutient qu'il est clair que l'impulsion seule du cœur faisait couler le sang; mais que l'on comprime plus bas et qu'on lâche la compression du point supérieur, de manière à introduire une nouvelle quantité de sang dans l'artère vidée; puis, que, rétablissant la compression supérieure, on lâche l'inférieure, le sang recommencera à couler par la veine; et pourtant il y a interruption de l'action du cœur sur l'artère qui lance le sang dans la veine. Que devient, dans ce cas, la théorie de M. Poiseuille? — M. Pigeux insiste sur les faits que la théorie du docteur Poiseuille laisse inexplicables; il demande, si le cœur est l'unique agent de la circulation, comment cette fonction se continue avec énergie lorsque cet organe est le siège de lésions qui diminuent considérablement son action; comment, chez le nouveau né, le sang cesse de couler par les artères ombilicales après la section du cordon; comment, dans des amputations, l'hémorrhagie s'arrête sans qu'il y ait aucun obstacle appréciable à l'écoulement du sang. Il demande compte de la grande disproportion d'activité des deux circulations, générale et locale, dans une foule d'affections, soit que les battemens locaux soient doués d'une grande exaltation et que l'organe central n'en éprouve aucun ressentiment (panaris, céphalées, gastralgies), soit que les pulsations du cœur soient violentes et accélérées sans réaction locale un peu vive dans aucun point du corps (hystérie, joie, peur, etc.). M. Pigeux voit là la source de plusieurs considérations thérapeutiques: car l'indépendance ou la dépendance des réactions ou congestions locales peut indiquer l'inutilité ou l'utilité de la saignée générale, suivant le point de départ physiologique qu'aura adopté le praticien. (*Journ. hebdomadaire*, juillet 1833.)

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LA PNEUMONIE RÉMITTENTE ÉPIDÉMIQUE QUI A RÉGNÉ PENDANT L'HIVER DE 1832 A AUBIN (AVEYRON); par le docteur GRIFOULIÈRE de FLANHAC (Aveyron.)

Le canton d'Aubin, situé entre des montagnes ombragées, offrant des côtes riants et fertiles, des plaines également riants, bien arrosées, sans marécage et sans eaux stagnantes, avait généralement été très-peu sujet aux fièvres d'accès. Les affections de poitrine y étaient fréquentes; aussi fût-ce un étonnement pour les médecins du pays que l'épidémie dont il est question prit ce caractère miasmique et intermittent. La pneumonie qui s'observa chez presque tous les malades ne put être considérée comme le fonds de la maladie; c'était une de ces pneumonies que Stoll appelait *fausses, spuria*, parce qu'elles ne cèdent pas aux moyens ordinaires, et n'ont pas le caractère des ordinaires. Des congestions céphaliques, abdominales et autres se virent aussi, et, comme la pneumonie, parurent évidemment sous l'influence de l'infection générale, se développant avec celle-ci, combattues et vaincues par les mêmes moyens que celle-ci. C'était ordinairement au bout de quelques jours d'une des affections pulmonaires communes et presque endémiques dans ce pays, que l'accès, quelquefois pernicieux, toujours très-grave, se dessinait, le plus souvent la nuit; le pouls était toujours mou et facile à comprimer; l'adynamie et l'ataxie survenaient facilement, surtout chez ceux qu'on saignait avec abondance. La pneumonie était très-circoscrite, et arrivait très-vite à l'hépatisation; les douleurs étaient réellement pleurétiques, quoique, autant que l'examen clinique pût le constater, il n'y eût point d'épanchement; la pneumonie n'était pas intermittente, mais seulement sujette aux exacerbations qui revenaient toutes les vingt-quatre heures; les sueurs étaient prolongées et exténuantes; on ne nous dit rien des autres excréctions (ce qui est fâcheux); une éruption labiale, qui se convertissait vite en croûte brune et sale, apparaissait dès les premiers jours. Plusieurs pneumonies *franches*, on ne peut plus distinctes de celles qui accompagnaient l'affection épidémique, coïncidèrent. — Traitement: — Les saignées durent toujours être très-ménagées, quelles que fussent les congestions locales. Le kina était le vrai remède; ses meilleurs auxiliaires étaient le camphre, le nitrate de potasse, les vésicatoires, et, quand les voies digestives étaient trop irritables, l'opium. (*Gaz. méd.*, juillet.)

URÉTRITE COMMUNIQUÉE PAR L'INGESTION DE L'ÉCOULEMENT BLENNORRHAGIQUE DANS LES VOIES DIGESTIVES; par E. TAZENTRE, D. M.

Un homme de cinquante-cinq ans, soupçonnant sa femme d'infidélité, contracte une blennorrhagie, dans l'intention de la lui communiquer. Mais la femme se refusa à toute approche. Le mari irrité use alors d'un moyen qu'il avait vu employer quelquefois dans les colonies, il recueille dans un verre du flux blennorrhagique qu'il fait boire à celle qu'il croit coupable, en le mêlant à du lait, ou à de l'orgeat. Cet

odieux stratagème est découvert au bout de dix jours. La femme épouvantée vint consulter M. Tazentre qui examina les parties naturelles et ne vit rien qui pût faire craindre une affection syphilitique; mais quatre jours après, il se déclara une blennorrhagie des plus violentes qui céda après un temps assez long à un traitement local et général. M. Tazentre fut à même de constater que la malade n'avait pu contracter de blennorrhagie par le coït. (*Arch. gén. de méd.* Juin, 1833.)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS (SERVICE DE M. DUPUYTREN); par MM. PAILLARD et MARX.—KYSTES HYDATIQUES.

Un homme affecté, par suite de l'action musculaire, d'une fracture de l'humérus non consolidée depuis sept mois, entra à l'Hôtel-Dieu où il fut, pendant quatre mois encore et inutilement, soumis à l'application de l'appareil ordinaire des fractures. La persistance de la mobilité des fragmens détermina M. Dupuytren à pratiquer la résection de l'un ou des deux fragmens de l'humérus : cette opération mit à découvert la véritable cause de la fracture et de sa non consolidation. Après la résection du fragment supérieur, l'inférieur présenta une cavité triple de la cavité médullaire ordinaire remplie d'adipocire et d'une très-grande quantité d'hydatides membranées, vésiculaires, blanches, de volumes différens, les unes très-petites, les autres grosses comme une noisette. Ce fragment ne fut pas réséqué. On extraya un grand nombre d'hydatides, et il en sortit beaucoup dans les pansemens les jours suivans. La suppuration devint fort abondante, la fièvre vive; le malade mourut six semaines environ après l'opération. — A l'autopsie on trouva dans l'humérus une énorme cavité médullaire vide de moelle, pleine de pus et d'hydatides; la partie supérieure des os de l'avant-bras était atteinte d'un commencement de ramollissement.

Ce fait fort rare est, pour les auteurs du mémoire que nous analysons, l'occasion de quelques réflexions sur les hydatides. Si le diagnostic de la présence des hydatides est difficile et obscur pour tous les tissus, il l'est à plus forte raison pour les os. MM. Marx et Paillard citent une observation de M. Cullerier, qui vit sortir des hydatides d'un tibia tuméfié sur lequel il avait fait appliquer de la potasse caustique; plusieurs de MM. Dupuytren, Chaussier, Esquirol, Mélier, qui en ont trouvé soit dans le corps des vertèbres, soit dans le canal vertébral; enfin, plusieurs opérations de M. Dupuytren, pratiquées pour des kystes hydatiques, situés dans différens organes, sont décrites. Suit un exposé des opinions de MM. Dupuytren, Bosc et Duméril sur la nature des hydatides. M. Dupuytren regarde ces corps comme organiques, et fonde son opinion sur ce qu'ils ont une forme régulière, offrant à l'une de leurs extrémités une base, à l'autre une pointe, absolument comme les pépins de poire, sur ce qu'à leur surface, l'œil nu voit des stries transversales et que l'incision fait apercevoir une cavité intérieure. MM. Bosc et Duméril, au contraire, auxquels le professeur de l'Hôtel-Dieu a envoyé plusieurs fois de ces productions pathologiques, n'y trouvent point de traces d'organisation: ils n'ont pu découvrir la cavité intérieure dont parle M. Dupuytren, ils n'ont aperçu ni trompe, ni suçoir, et n'ont vu que des tubercules analogues au spermaceti et à l'adipocire recouverts d'une ou de plusieurs membranes lisses. Ils ne croient donc pas que tous les corps trouvés par M. Dupuytren et à eux présentés fussent des hydatides douées de l'organisation animale. Ces corps rencontrés et enlevés par M. Dupuytren dans le voisinage des articulations et dans quelques autres points de l'organisme, ont été analysés par M. Raspail. On peut, à ce sujet, consulter le *Nouveau Système de Chimie organique* de ce chimiste, publié en 1833.

Les médications que le traitement des kystes hydatiques exige se réduisent à deux. La première consiste à donner issue aux hydatides à l'aide d'une opération chirurgicale; la seconde à faire périr les hydatides dans la poche qui les renferme, au moyen des bains, des douches et des boissons d'eau salée. (*Journ. hebdom. juillet.*)

OBSERVATION SUR UNE RESTAURATION DU NEZ PRACTIQUÉE PAR M. LE PROFESSEUR DUPUYTREN; par M. le docteur MARX.

M. Dupuytren, consulté une première fois sur l'opportunité de la restauration du nez chez un jeune homme auquel un ulcère avait rongé la plus grande partie de cet organe, se refusa formellement à toute opération, parce que la cause du mal ne lui semblait pas épuisée et que le nez n'avait pas encore acquis tout son développement. Quelques années plus tard, les mêmes raisons de différer n'existant plus, la rhinoplastie fut tentée. Le plan en fut réglé sur l'état des parties, de la manière suivante :

La peau de la cloison était tout-à-fait détruite, le cartilage de cette cloison détruit à 6 ou 8 lignes de hauteur, et le bout du nez formait un renflement mollasse et arrondi. Les ailes du nez avaient été légèrement affectées. M. Dupuytren tailla sur la partie moyenne de la lèvre supérieure la portion de peau dont il avait besoin pour former la sous-cloison, après avoir rafraîchi ce qui restait de l'ancienne; en disséquant ce lambeau, il eut soin de faire remonter l'incision du côté gauche plus que du côté droit, puis le lambeau fut retourné, tordu de droite à gauche et fixé par sa pointe à l'extrémité du nez, d'où on enleva la tumeur anormale, au moyen de deux aiguilles à bec de lièvre et de fils de soie cirés. Deux tampons de charpie furent placés dans les narines, et le tout maintenu avec des bandelettes agglutinatives. Deux aiguilles et une suture entortillée remédièrent à la perte de substance de la lèvre supérieure. Le malade fut guéri au bout de quelques jours. M. Dupuytren ne voulut pas couper la base tordue du pédicule, quoiqu'elle fit une saillie désagréable. Il confia au temps le soin de l'affaisser et de la faire disparaître. Mais le temps avançant peu, M. Genzoul, de Lyon, se chargea de cette petite opération au bout d'un an.

M. Marx a expérimenté sur le malade que les sensations excitées sur la partie nouvelle ne se faisaient pas sentir à l'endroit où l'emprunt avait été fait, ainsi que quelques personnes l'ont prétendu. (*Journ. hebdom. juillet.*)

OBSERVATION DE CHOLÉRA-MORBUS SANS DÉJECTIONS ALVINES, LA MATIÈRE CHOLÉRIQUE REMPLISSANT L'INTESTIN GRÊLE, ET LE GROS INTESTIN ÉTANT DANS UN ÉTAT DE STRICTURE; par M. GAULTIER DE CLAUBRY.

Ce cas de choléra parfaitement caractérisé, aux déjections alvines près qui manquèrent, fut observé par M. Gaultier de Claubry, au mois de mars dernier. L'autopsie fut faite avec soin: Les rougeurs violacées de l'intestin, l'éruption des glandes isolées de Brunner contrastaient avec la pâleur et l'aplatissement des glandes agminées de Peyer. Tout l'intestin grêle était plein du liquide séreux, trouble, qu'on a appelé cholérique. Le gros intestin parut plus petit que d'ordinaire, et contenait des matières fécales dures et sèches; ses tuniques offraient une épaisseur insolite; le plan musculéux surtout paraissait très-développé. Comme, avant son choléra, le malade remplissait avec facilité et régularité l'acte de la défécation, on ne peut attribuer qu'à un état de spasme cholérique l'aspect particulier du gros intestin. Cette observation doit donc être jointe à celles du même genre dont il a été question dans la séance du 8 janvier dernier de l'Académie royale de Médecine, et

qui tendent à faire douter de l'existence du choléra sec. Parmi ces observations, une des plus intéressantes est celle qui a été faite à Breslaw par M. Gérardin sur le cadavre d'un homme qui n'avait eu que des vomissemens, dont l'intestin grêle était plein de matière cholérique, et le gros intestin si contracté qu'on y introduisait avec peine une plume à écrire. (*Journ. hebdom., juillet.*)

TABEAU CLINIQUE DES MALADIES OBSERVÉES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DANS LES SALLES DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD; par M. DONNÉ, chef de clinique.

La plus grande partie de ce mémoire est consacrée à l'analyse du phénomène que M. Bouillaud appelle *Bruit de diable*. En appuyant le stéthoscope sur le trajet des carotides de certains malades, M. Bouillaud a entendu un bruit qu'il ne croit pas pouvoir mieux appeler que *bruit de diable*, à cause de son analogie avec le bruit du jouet de ce nom. C'est particulièrement sur les filles chlorotiques, envoyées dans ses salles pour des affections du cœur, que le professeur de la Charité a observé ce phénomène : chez ces malades, l'auscultation ne fournissait, du reste, aucun signe de lésion organique; aucun bruit de soufflet, de râpe ou de scie ne décelait le rétrécissement de quelque orifice, quoique les palpitations fussent fréquentes et l'anhélation très-facile. Les saignées en général augmentaient le mal, tandis que les martiaux dissipaient la faiblesse et les palpitations, rendaient la couleur au teint et faisaient disparaître le *bruit de diable*.

M. Donné cherche à expliquer la production du *bruit de diable*. A ce propos, il se rappelle d'abord que les membranes molles et mal tendues vibrent beaucoup plus fort que les membranes fermes et bien tendues; et, remarquant l'état de flaccidité et de semi-plénitude dans lequel se trouvent les artères des chlorotiques, il trouve naturel de conclure que ces dernières circonstances sont les causes productrices du bruit en question. Mais comment se fait-il que des tubes de caoutchouc, placés autant que possible dans les mêmes circonstances que les artères, ne donnent pas de *bruit de diable*? C'est, d'une part, dit M. Donné, que l'expérience est très-difficile à faire avec une grande exactitude; l'accès de l'air dans les tubes presque impossible à prévenir, etc.; d'autre part, que le voisinage du larynx est nécessaire pour la production du phénomène. Cet organe, en effet, éminemment propre aux vibrations sonores, véritable caisse de tambour ou de violon pleine d'air, ne doit-il pas puissamment contribuer à renforcer les sons qui sont produits dans son voisinage par les ondulacions sanguines et les vibrations artérielles? M. le professeur Bouillaud n'est pas éloigné de partager cette hypothèse. (*Journ. hebdom. Juillet.*)

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MALADIES DES SINUS VEINEUX DE LA DURÉ-MÈRE; par G. ETOC-DEMAZY, interne de la Salpêtrière.

La femme qui fait le sujet de cette observation, âgée de cinquante ans, affectée de monomanie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, resta à peu près un an à la Salpêtrière : entrée le 30 mai 1832, elle mourut le 12 avril 1833. Pendant ce temps, outre son affection mentale qui, de l'agitation la plus vive passa, vers la fin, à un abattement général et à un affaïssissement de plus en plus marqué de l'intelligence, elle offrit les symptômes non équivoques d'une maladie du cœur. — A l'autopsie, on trouva du sang épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde; un caillot sanguin dans le sinus longitudinal supérieur, et un prolongement de ce caillot qui, à travers une ouverture de trois ou quatre lignes de la paroi du sinus, allait join-

dre le sang épanché. Le caillot au-devant de l'ouverture est purement sanguin; en arrière de l'ouverture, jusqu'au pressoir d'Hérophile, il forme une concrétion fibrineuse, semblable aux fausses membranes plénériques, fortement adhérente aux parois du sinus. En plusieurs points l'arachnoïde est adhérente à la substance grise. Il y a hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche. — Ce fait anatomique nous a paru assez intéressant par sa nouveauté pour être noté ici avec soin.

SUR LES LUXATIONS EN AVANT DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS; par le docteur ROGNETTA.

Au sujet d'une observation de luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius de M. le doct. Jousset, la *Gazette médicale* avait établi que M. A. Cooper avait le premier décrit cette luxation. M. Rognetta réclame en faveur des chirurgiens italiens, et en particulier du célèbre Monteggia, de Milan. Contre l'opinion de Duverney et de M. Boyer, Monteggia croit à l'existence de la luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius, et même à l'existence de la luxation en dehors, ce qui constitue une troisième espèce de déplacement. En rapprochant les faits de Monteggia, de M. A. Cooper et de M. Jousset, M. Rognetta croit pouvoir établir :

1° Que la luxation antérieure de l'extrémité supérieure du radius peut exister chez les enfans aussi bien que chez les adultes;

2° Que la luxation antérieure de cet os est plus fréquente que la postérieure;

3° Que Duverney, qui observa le premier cette espèce de déplacement, et quelques auteurs qui en parlèrent après lui, prirent la luxation antérieure pour la postérieure;

4° Que, sur sept observations de cette luxation, rapportées par M. A. Cooper, la réduction parfaite n'a pu être obtenue qu'une fois, tandis que, dans un plus grand nombre de cas observés par Monteggia, la réduction n'a été impossible qu'une fois;

5° Que la différence des résultats obtenus en Angleterre et en Italie, tient à la différence d'âge des sujets;

6° Que la gravité du pronostic est en raison directe de l'âge;

7° Qu'il n'existe que deux exemples de la luxation latérale ou externe : le premier de Monteggia, le second de M. A. Cooper. (*Gaz. méd. Juillet.*)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES MOYENS DE RÉDUIRE LES HERNIES COMPLIQUÉES D'ÉTRANGLEMENT; par le docteur F. RIBES, médecin ordinaire des Invalides.

M. Ribes trace l'histoire de deux moyens thérapeutiques puissans pour la réduction des hernies engouées et étranglées. Ces deux moyens sont 1° les réfrigérans; 2° la position. — 1° L'auteur commence par citer trois observations, à lui propres, de hernies étranglées qu'il guérit, il y a nombre d'années, par des applications réfrigérantes. Le premier de ces malades date du fameux 13 vendémiaire. M. Ribes crut alors avoir fait une découverte, car c'était un temps où la littérature médicale était peu cultivée, malgré les leçons des professeurs Boyer, Portal, Sabatier et Corvisart. Ce n'est que depuis que, lisant et méditant davantage, il a vu dans J. L. Petit (tome II, p. 325), dans Heister, qui tenait cette méthode d'un médecin allemand nommé Clacius, dans Theden, dans Bell (tome I, p. 60), dans S. Cooper (Dict. tome I, p. 603), dans Goursaud, dans Monro (Ess. et Obs. de méd. d'Edimb., tom. 5, p. 356); dans Covillard, des faits favorables à la méthode ré-

frigéante. Un si grand nombre de bons observateurs ne pouvaient se rencontrer en vain sur un point si important. M. Ribes croit que l'application froide opère la réduction de la hernie en déterminant la contraction des fibres musculaires longitudinales de l'intestin, et non point, ainsi que le supposait J. L. Petit, par la contraction du cremaster et du dartos; car ces organes n'ont pas dans leur organisation des élémens de force capables de faire rentrer la hernie. Il croit aussi que le froid condense les gaz souvent contenus dans l'intestin hernié, tandis que les fomentations émollientes ont, le plus fréquemment, l'inconvénient de favoriser le développement du gaz et par là la tuméfaction de la hernie. — 2° Pour ce qui regarde la position, Paré avait recommandé, pour réduire, de *situer l'enfant au lit ou sur une table, la tête en bas et les fesses en haut* (p. 304); et Fabrice d'Aquapendente, de *prendre le malade par les pieds et par les mains, et de le secouer souvent ayant le corps renversé et la tête penchée en bas* (OEuvr. chir., p. 191, 1649). Covillard, dans son *Chirurgien opérateur*; Sharp, dans ses *Recherches critiques sur l'état présent de la Chirurgie*; Louis, dans les *Mémoires de l'Académie* (tom. 4, p. 274); Bell, dans son *Cours de Chirurgie*, parlent de cette position renversée avec confiance. Lawrence veut qu'après les tentatives inutiles de réduction, on place le pli des jarrets du malade sur les épaules d'un homme robuste, qui le tiendra ainsi, la poitrine et la tête en bas, le temps nécessaire pour de nouvelles tentatives. Ces témoignages auraient suffi à M. Ribes pour établir chez lui une conviction favorable à la grande influence de la position sur la réduction des hernies; mais aujourd'hui que sa longue expérience personnelle s'ajoute à celle de si illustres maîtres, cette conviction est encore plus profonde. Des expériences sur les cadavres de sujets herniés lui ont prouvé qu'on avait une grande facilité à faire sortir du sac herniaire les parties qu'on tire du côté de l'abdomen, alors qu'on éprouvait de la difficulté à repousser ces parties dans la cavité abdominale. Il était naturel de conclure que le poids des organes que la position ci-dessus indiquée faisait tirer sur les parties herniées, pouvait être employée avec avantage. Voici la méthode de ce médecin: — Et d'abord il construit le lit de la façon suivante: Une paille, un premier matelas disposé comme de coutume; un second matelas plié en double, de façon que le bord supérieur dépasse un peu le bord inférieur, et que le pli ou *talon* offre un niveau beaucoup plus élevé que le traversin sur lequel on place le malade. Celui-ci ayant ainsi la poitrine sur la partie déclive du matelas plié, a nécessairement le bassin sur le sommet du plan incliné. S'il le faut, on met un ou deux traversins dans le *talon*. Après cela, on fait des applications froides sur la tumeur: on emploie de préférence de la glace pilée qu'on introduit dans une vessie, en remplissant celle-ci au tiers seulement, afin que, posée sur la hernie, elle puisse bien entourer la tumeur dans la plus grande étendue possible. Presque toujours les parties rentrent dans les dix ou quinze premières heures. — Dans l'espace de vingt-cinq ans, un grand nombre de militaires se sont présentés, avec des hernies compliquées d'étranglement et de symptômes graves, à l'infirmerie de l'hôtel des Invalides. M. Ribes a noté dix-neuf cas, dont cinq avec étranglement et inflammation, et quatorze avec engouement. Parmi celles qui étaient compliquées d'inflammation, deux étaient des hernies récentes; l'une, étranglée depuis vingt-quatre heures, rentra au bout de dix. Les trois autres hernies, étranglées et enflammées, se réduisirent un peu moins vite, comme en treize, quinze, dix-huit heures. Il faut remarquer que tous ces malades avaient été préalablement saignés, baignés, purgés. Chez treize des malades avec engouement, les parties rentrèrent dans les vingt-quatre, trente, quarante premières heures. Le quatorzième, qu'on ne soumit pas à la même méthode que les autres, fut opéré, et

mourut, quoique l'opération eût été pratiquée avec tout le soin convenable. (*Gaz. méd., juillet, 1833.*)

DE LA COQUELUCHE ET DE SON TRAITEMENT;
par M. SANDRAS.

Un des moyens thérapeutiques les plus sûrs contre la coqueluche, suivant M. Sandras, c'est le changement du lieu d'habitation. Voilà donc la première chose qu'il conseille et qu'il se regarde comme autorisé à conseiller par son expérience. Lorsque ce remède si simple est impraticable, le même médecin a recours à la belladone, comme l'ont fait, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, Schœffer, à Ratisbonne, et Wetzler, à Augsbourg. La racine de belladone peut alors être prise en poudre, sans avoir un goût désagréable, si on la mêle à quatre fois son poids de sucre pilé ou de poudre de réglisse. Les doses sont, pour un enfant au-dessous d'un an, de 1/4 de grain de belladone, matin et soir; 1/2 grain, matin et soir, au-dessous de 3 ans; 1 grain de même au-dessus de cet âge, et deux grains pour un adulte; on augmente successivement les doses tous les 2 ou 3 jours. La formule pour les bols est la suivante:

Mêlez,

Poudre de feuilles de belladone, 2 grains;

Extrait quelconque inerte, ou mucilage, quantité suffisante pour faire 8 bols, dont on prendra un toutes les heures.

A toutes ces préparations, M. Sandras préfère celles dans lesquelles entre le saccharure de belladone, composé ainsi, à la manière de M. Béral:

Sucre blanc, 16 onces;

Alcoolature de belladone au huitième, 16 gros, un gros représente 1 grain de belladone.

On peut donner le saccharure seul, ou mieux le faire prendre de la manière suivante:

Mêlez,

Eau distillée de tilleul, 3 onces;

Eau distillée de laurier-cerise, 3 gros;

Saccharure de Belladone, 1 once.

Une cuillerée à café plusieurs fois dans la journée. (*Bulletin thérap. juillet.*)

MÉMOIRE SUR L'APPAREIL INAMOVIBLE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES; par M. BÉRARD jeune.

Depuis près d'un an que M. Bérard est à la tête du service chirurgical de l'hôpital Saint-Antoine de Paris, il a soumis presque tous les malades atteints de fracture à l'application de l'appareil inamovible réhabilitation et constamment employé par M. Larrey. Nous allons exposer rapidement l'analyse des faits nombreux qui autorisent M. Bérard à adopter aujourd'hui le traitement conseillé par M. Larrey.

Comme toute la médication est dans l'application du bandage, nous insisterons avec quelque détail sur la manière de placer le premier appareil, afin que nos lecteurs puissent eux-mêmes répéter ces importantes expériences.

Fractures de la jambe. — Le bandage est le même, qu'un seul os de la jambe soit fracturé, ou qu'ils le soient tous les deux ensemble. Les pièces qui le composent sont: 1° Un *drap fanon*, drap plié en plusieurs doubles; 2° *les fanons*, deux cylindres de paille serrés fortement avec des ficelles; le diamètre de chacun d'eux est d'un pouce et demi environ; leur longueur doit être telle qu'en bas ils ne dépassent pas le pied, et qu'en haut ils se terminent au niveau du genou; 3° *les remplissages*, deux coussins de balle d'avoine assez épais et un peu plus longs que les fanons; 4° *la talonnière*, coussin conique en étoupe de six pouces de long sur trois de large, et de deux pouces d'épaisseur à sa base; 5° *le bandage à dix-huit chefs*; 6° *l'étrier*, compresse languette; 7° *la tibiale*, grande pièce de toile découpée sur la forme de l'ap-

pareil; 8° *les liens*, trois rubans de fil; 9° *une bande* d'une aune de long.

Le mélange, avec lequel on imbibe celles des pièces de l'appareil qui peuvent l'être, est désigné par M. Larrey, sous le nom d'étoupe, et formé de blancs d'œufs, d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche.

Le malade est couché sur un lit ferme et plan. Le membre est soulevé, et on place au-dessous les pièces du bandage, on entoure d'une bande le pied et les malléoles; cette bande est imbibée avec l'étoupe. En appliquant cette bande on laisse à nu le bout des orteils afin que par sa couleur et sa température il puisse indiquer le degré de constriction des parties que renferme le reste de l'appareil.

La jambe est posée de manière que le bord supérieur du drap fanon atteigne le jarret, et l'inférieur dépasse le talon de deux à trois pouces. On pratique, comme à l'ordinaire, l'extension et la contre-extension; puis, quand on a placé sur le lieu de la fracture quelques compresses languettes imbibées du mélange résolutif, on relève les chefs du bandage de Scultet, imbibé de la même manière. L'extrémité inférieure du membre est alors légèrement soulevée, et la *talonnaire* est engagée sous le talon parallèlement au tendon d'Achille, la base vers le talon qui la déborde un peu. Le bandage qui entoure la jambe et le drap fanon sont alors abondamment arrosés avec l'étoupe; la *tibiale* est étendue au-devant de la jambe jusque sur le coude-pied, ses bords latéraux sont engagés sous le membre. On couche les deux paillasons sur les côtés de la jambe, de telle sorte qu'ils dépassent le pied d'un pouce à-peu-près; les fanons roulés dans les bords du drap fanon, suivent parallèlement la jambe en dehors des paillasons, et, pressant exactement sur eux, sont maintenus rapprochés à l'aide des liens que l'on attache par un nœud à rosette sur le fanon externe. Il n'y a plus qu'à soutenir le pied avec la pièce dite l'étrier, dont le plein, posant sur la plante du pied, en est séparé par un peu d'étoupe, tandis que les chefs amenés sur le coude-pied sont cousus au drap fanon en dehors de chaque fanon: les extrémités des paillasons sont également ramenées sous la plante du pied et cousues ensemble, ainsi que la portion libre du drap fanon qui déborde la partie inférieure du membre.

Pendant toute la durée de l'application de l'appareil, un aide bat le mélange avec un petit balai, afin d'empêcher les blancs d'œufs de se prendre en grumeaux.

L'appareil ainsi appliqué se transforme, au bout de vingt-quatre heures, en une seule pièce, qui offre une grande solidité. Quand on juge que la fracture est consolidée, on l'enlève; mais, pour le ramollir, il est convenable de faire prendre au malade un bain alcalin (quatre onces de sous-carbonate de potasse dissoutes dans un grand bain.)

Deux fractures du péroné ont été traitées par cet appareil. L'une chez un homme de vingt-quatre ans était consolidée le vingt-deuxième jour, quand on enleva l'appareil; l'autre, chez un homme de trente ans, l'était le quarantième jour.

Le même bandage a été appliqué pour sept fractures des deux os de la jambe. Chez un jeune homme de dix-sept ans, la consolidation était complète le trentième jour, quand on enleva l'appareil: le même résultat fut obtenu chez une femme de cinquante ans, au bout de trente et un jours; chez un enfant de huit ans, au bout de trente-cinq jours; de quarante-deux, chez un homme de cinquante-quatre ans; de quarante-cinq, chez un homme de trente-trois ans; de cinquante-deux, chez un homme de quarante-neuf ans; de sorte que pour les malades atteints de fracture du péroné, la moyenne du traitement a été de trente et un jours, et de trente-neuf jours pour ceux qui avaient les deux os de la jambe cassés.

M. Bérard cite pourtant l'histoire d'un vieillard de soixante-quatre ans, chez lequel la fracture n'était pas

consolidée le cinquantième jour, et ne le fut qu'après plus de trois mois.

Fractures de la cuisse. — Il rapporte ensuite avec quelque détail l'histoire de six fractures de la cuisse. La première, chez un jeune homme âgé de quatorze ans, fut consolidée le cinquante-deuxième jour; la seconde, qui était comminutive, s'accompagna d'accidens qui devinrent mortels malgré l'application du bandage. La troisième, chez un homme de vingt-quatre ans, se compliqua de saillie des fragmens à travers les parties molles: l'appareil inamovible appliqué une première fois, fut enlevé au bout de soixante-trois jours; la plaie était cicatrisée, mais la fracture n'était pas entièrement consolidée; l'appareil fut appliqué de nouveau et maintenu pendant quarante jours, de sorte que le traitement dura en totalité cent trois jours. La quatrième eut lieu chez une petite fille de six ans; l'étoupe dont on imbibe l'appareil ne contenait pas assez de blanc d'œuf, et d'ailleurs l'enfant urinait continuellement sur les pièces du bandage, de sorte que l'on fut obligé de le remplacer par l'appareil ordinaire. Et, nonobstant la fracture se consolida en quarante-deux jours. Enfin, le cinquième cas concerne un homme de vingt-cinq ans qui fut guéri en cinquante-trois jours, de sorte qu'ici la moyenne de la durée du traitement a été de soixante-deux jours en y comprenant le cas de fracture compliquée, et de cinquante jours en ne l'y comprenant pas.

L'appareil pour la fracture de la cuisse ne diffère pas de celui que nous avons indiqué pour la fracture de la jambe. Il y a cette différence qu'au lieu d'un bandage à dix-huit chefs composé de trois compresses, il en faut un à trente chefs, formé de cinq compresses, dont deux répondent à la cuisse, deux à la jambe, et la cinquième au genou. Les fanons, le drap fanon et la tibiale, doivent remonter jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

Pour les fractures de l'avant-bras, et M. Bérard en rapporte deux cas, le bandage se fait de la manière suivante: on entoure chacun des doigts avec une petite bande imbibée du liquide résolutif, puis la main et le poignet sont modérément comprimés à l'aide d'une bande elle-même humectée. La réduction étant opérée, et l'avant-bras mis en supination, on place deux compresses graduées assez épaisses et de la longueur de l'avant-bras sur les plans antérieur et postérieur du membre, et par-dessus chacune d'elles une attelle de carton de la même longueur, et trempé, ainsi que les compresses, dans le mélange résolutif. On applique ensuite, comme à la jambe, le bandage à dix-huit chefs, puis on place deux atelles de bois sur celles de carton. Une longue bande imbibée d'étoupe sert à fixer les deux dernières atelles et complète le bandage.

Pour la fracture du bras, c'est à-peu-près le même appareil. Les doigts, la main, l'avant-bras, sont enveloppés de bandes imbibées du liquide résolutif. Quatre atelles de carton, également imbibées, sont placées autour du bras et maintenues par deux petites atelles de bois et une bande qui recouvre le tout. Les deux fractures de l'avant-bras, traitées par M. Bérard, furent consolidées l'une après trente-six jours, l'autre après quarante-six jours; une fracture du bras, compliquée de fracture de la clavicule, ne fut guérie qu'après cinquante-deux jours de traitement. (*Archiv. de méd.* Juin 1833.)

DE L'UTILITÉ DES FRICTIONS MERCURIELLES DANS LE GONFLEMENT DES PAUPIÈRES CHEZ LES VARIOLÉUX.

D'après le conseil de M. Mabit, médecin distingué de Bordeaux, qui avait été témoin des succès obtenus dans l'érysipèle de la face par les frictions mercurielles, M. J. Ferrier, chirurgien du lazaret de Trompeloup (Gironde), essaya sur 15 malades affectés de variole et de gonflement érysipélateux des pau-

pières la méthode des frictions mercurielles. Sur ces 15 malades le succès fut complet; la tuméfaction érysipélateuse s'affaissa, les yeux restèrent libres et l'inflammation ne passa pas aux yeux. M. Ferricr se demande si l'on pourrait faire pour toute l'éruption variolique ce qu'on a fait ici pour l'érysipèle de la face; il se méfie de la répercussion qu'une pareille méthode pourrait causer, des métastases intérieures auxquelles elle pourrait donner naissance. Nous partageons l'avis de ce praticien. (*Bull. thérap.*)

COLIQUES HÉPATIQUES OBSERVÉES PAR M. JACQUES; EMPLOI DU TRAITEMENT DE DURANDE.

Une dame, sujette depuis plusieurs années à des coliques hépatiques, eut un de ces accès d'une violence extrême. La région hypochondriaque droite présenta une tumeur considérable, très-douloureuse, mobile, qui ne put être attribuée qu'à la distension de la vésicule du fiel par la bile. Une saignée, des cataplasmes émolliens laudanisés, des sinapismes aux pieds, des boissons mucilagineuses et une potion calmante procurèrent à la malade un soulagement immédiat. Dans l'intention de prévenir les récurrences qui, jusqu'ici, étaient fréquentes, M. Jacques administra le traitement de Durande, qui consiste à prendre chaque matin à jeun un gros du mélange suivant :

Prenez : Huile volatile de thérbentine. 2 gros.
Ether sulfurique. 3 gros.

L'usage en fut continué pendant près de trois mois, avec celui des bains, des boissons et des lavemens émolliens. Depuis ce temps (vingt ans), la malade n'a plus eu de coliques hépatiques.

Depuis, M. Jacques a eu l'occasion d'appliquer avec succès le même traitement à un malade atteint de la même affection, et la douleur d'en voir périr un autre qui ne voulut pas se soumettre à ses conseils.

(*Lancette.*)

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS ANTIMONIALES DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE DES ENFANS. (Hôpital des Enfants malades, service de M. BAUDELOCQUE.)

Trois observations sont ici rapportées de filles âgées de onze, douze, quatorze ans : dans le premier cas, l'oxide blanc d'antimoine fut employé depuis la dose de quinze grains jusqu'à celle d'un gros et demi. Une saignée fut faite au début, et dix sangsues furent appliquées; mais l'antimoine parut amender bien plus sensiblement les symptômes que la méthode antiphlogistique. — Dans le second cas, le kermès, à la dose de six à huit grains, fut mal supporté : on passa à l'oxide blanc qui hâta et acheva la résolution d'une pneumonie étendue et au deuxième degré. — Dans le troisième cas, un vomitif, indiqué par l'état saburral des premières voies, et administré au début, fut suivi d'un amendement très-notable. Le kermès fut donné à la dose de deux, six, huit grains, sans trouble des voies digestives, et opéra la résolution d'un poulmon hépatisé. (*Lancette.*)

DE L'EMPLOI DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ESTOMAC; PAR A. TROUSSEAU.

Dans la gastrite aiguë simple, le sous-nitrate de bismuth a paru une seule fois produire quelque soulagement : dans le reste des cas, il n'a été ni utile, ni nuisible. Aussi M. Trousseau a-t-il renoncé à son administration dans cette forme des maladies de l'estomac. — Le sous-nitrate, donné à la dose d'un à deux scrupules par jour, a calmé très-souvent ces vomissemens spasmodiques, purement nerveux, qui surviennent à la suite d'une émotion vive ou au commencement de la grossesse. Dans les gastrites chro-

niques bien caractérisées, la même dose (un ou deux scrupules par jour) prise en mangeant et associée à l'usage de l'eau de Vichi ou de la solution de bicarbonate de soude (un gros et demi pour une bouteille d'eau), a dissipé des symptômes qui persistaient depuis long-temps. Lorsque la diarrhée coïncide avec la gastrite chronique, les mêmes bons effets sont observés : il n'en est pas de même s'il y a constipation; dans ce dernier cas, M. Trousseau donne la magnésie calcinée qui s'administre à jeun tous les deux ou trois jours à la dose d'un demi-gros ou de deux scrupules. — La gastralgie simple, c'est-à-dire celle qui ne paraît pas liée à quelque trouble fonctionnel des organes génitaux, se guérit avec facilité par l'usage long-temps continué du sous-nitrate de bismuth. — Cette autre forme de gastralgie qui s'accompagne de symptômes nerveux tels que des agacemens musculaires continus, l'exaltation de la sensibilité et les dispositions morales les plus capricieuses, paraît à M. Trousseau la plus difficile à guérir. Le sous-nitrate de bismuth est jusqu'ici le médicament qui lui ait rendu le plus de services dans cette occasion; il le donne dès le premier jour à la dose de 24 grains, et il arrive promptement à la dose de 48 grains. Il fait prendre en même temps des lavemens tièdes avec du mucilage de graine de lin, et administre des injections chaudes dans le vagin; chaudes, car le froid, par la réaction immédiate qui en suit l'application, augmente beaucoup la chaleur qu'éprouvent ordinairement aux organes génitaux les femmes atteintes de cette affection nerveuse. — M. Trousseau recommande vivement pour le traitement des gastralgies en général, un régime non débilitant : il veut que l'alimentation soit stimulante, il insiste seulement sur la nécessité de graduer et de ménager cette stimulation. (*Bulletin thérap. juillet.*)

CHLORURE DE CHAUX DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE; PAR M. HOSPITAL, D. M.

M. Hospital, de Saint-Germain-l'Hermitte (Puy-de-Dôme), propose pour la gale le traitement suivant : il donne à ses malades de dix à douze onces de cette pommade :

Prenez : Soufre sublimé lavé, 1 once 1/2;
Chlorure de chaux bien trituré, 2 onces;
Axonge, 4 onces.

M. S. A. Matin et soir, pendant 10 ou 12 jours, frictions sur tous les points occupés par les vésicules; tous les deux jours, lotion à l'eau tiède des parties frictionnées, ou bains tièdes. — Au bout de 8 ou 10 jours, M. Hospital a vu complètement guéris les malades sur lesquels il a fait ces essais. — Un professeur italien, M. Fantonetti, avait déjà proposé contre la gale les lotions chlorurées. M. Hospital préfère les frictions aux lotions, parce que le chlorure de chaux ne se dissout qu'en petite quantité dans l'eau, et que, outre la déperdition inévitable du gaz qui passe à l'état libre, la dissolution altère les propriétés chimiques du chlorure. (*Bulletin thérap. juillet.*)

PHARMACIE.

DES PRÉPARATIONS D'ACONIT; PAR M. SOUBEIRAN.

L'auteur de cette note pense que le peu de profit que l'on tire de l'aconit tient au mauvais choix des formes pharmaceutiques; qu'ainsi l'extrait conseillé par Stork est précisément la préparation qu'il aurait fallu proscrire. Le principe actif de l'aconit étant, d'après les observations de M. Braconnot et les recherches de Bucholz, très-fugace, la chaleur doit être évitée dans la préparation de ce médicament; mais M. Soubeiran a expérimenté que le principe

actif n'était dissipé que par une chaleur très-élevée, et c'est là, suivant lui, l'explication de la prétendue contradiction entre la théorie chimique moderne et l'observation chimique de Stork. Aussi Stork recommandait-il d'évaporer les extraits vireux à une très-basse température.

La teinture d'aconit, faite avec la plante fraîche, est la seule préparation qui doit être conservée. La formule suivante est la formule de M. Soubeiran pour cette teinture :

R. Aconit frais bien contusé, 10 parties,
Alcool à 36, 8 parties.

Laissez macérer 8 ou 10 jours ; passez avec expension et filtrez. (*Bulletin thérap.*)

SUR LA PRÉPARATION DE L'EAU DISTILLÉE DE LAITUE ; par M. ARNAULT, pharmacien.

M. Arnault, pharmacien à Nancy, propose de substituer à la cohobation, usitée jusqu'à ce jour pour l'eau de laitue, la simple distillation, mais la distillation du suc exprimé des tiges et des feuilles de la plante en pleine fleur. Il a ainsi obtenu une eau d'une odeur vireuse très-forte et qui peut être long-temps conservée. Mêlée à deux fois son poids d'eau distillée, elle a encore plus de saveur et d'odeur que l'eau distillée de laitue ordinaire.

ACCOUCHEMENS.

OBSERVATION DE RÉTENTION DU PLACENTA ; par F. Y. PORCHER.

Une femme, ayant déjà été enceinte, et ayant avorté deux fois, accoucha heureusement la troisième, le 15 février 1831. Immédiatement après l'accouchement, la matrice se contracta avec tant de force qu'il fallut des efforts considérables pour pénétrer dans sa cavité : quand on y eut pénétré, le placenta parut également adhérent partout et impossible à décoller. Le soir et le lendemain, les docteurs Porcher, Glover et Prioleau firent successivement des tentatives inutiles pour décoller le placenta. Le seigle ergoté produisit quelques douleurs sans résultat. Les jours suivans, la malade se ressentit des tractions qui avaient été faites sur la matrice, et le cordon s'en alla en putrilage ; mais peu à peu, l'état d'irritabilité cessa, le chlorure de chaux remédia à la fétilité, et la malade fut bien. Vers le milieu et vers la fin de mars, il y eut quelques douleurs comme pour l'expulsion du placenta ; mais aucune partie ne fut rejetée au dehors. Au mois de juin, cette femme était bien, tout en ayant gardé dans son utérus l'organe temporaire qui aurait dû en être expulsé. — On peut faire quelques hypothèses sur ce qu'est devenu ce placenta, soit que, la plus grande partie de ses liquides en ayant été exprimée et rejetée, il se soit trouvé réduit à une espèce de membrane cellulo-fibreuse, tapissant l'intérieur de la matrice, soit qu'il ait été absorbé, etc. L'instruction pratique qu'il y a à tirer de ce fait, c'est que, quand la nature ne s'y prête pas, on ne doit pas mettre d'opiniâtreté à extraire le placenta. L'expérience apprend journellement que des portions assez fortes du placenta sont expulsées doucement et peu à peu après l'accouchement : la nouvelle observation prouve que cet organe peut même ne pas être expulsé sans qu'il en résulte d'accidens.

MÉDECINE COMPARÉE.

CLAUDICATION REMARQUABLE SIMULANT LA FRACTURE DU TIBIA ; par M. BOULEY jeune, vétérinaire à Paris, membre de l'Académie royale de médecine.

Cette claudication, sur laquelle l'attention de M. Bouley est déjà fixée depuis long-temps, s'observe le plus ordinairement chez les chevaux vicieux, qui, en ruant, engagent un des membres postérieurs dans la traverse qui réunit les deux brancards du cabriolet. Ils font alors de violens efforts pour se dégager ; le plus souvent ils éprouvent quelques contusions ; mais quelquefois il se manifeste des accidens plus graves, et entre autres l'espèce de claudication qui fait l'objet de ce travail.

Le cheval, dans le repos, s'appuie parfaitement sur le membre malade, mais lorsqu'il veut mouvoir la jambe et surtout la porter en avant, il survient une série de symptômes très-remarquables. L'animal traîne difficilement le membre affecté, qui, au moment où il a quitté le sol, devient un instant vacillant et ne paraît plus soumis à l'action musculaire. On remarque en même temps que le canon ne se fléchit plus sur la jambe, et que le tendon d'Achille est relâché, flottant et plissé dans son centre ; en un mot, la configuration du membre semble indiquer une fracture complète du tibia. Quand on palpe attentivement la jambe, on ne peut découvrir aucun point douloureux. Cependant lorsqu'on se rappelle les causes de la maladie, on est conduit à penser que la lésion consiste dans une distension ou plutôt même dans un déchirement de quelques fibres tendineuses, musculaires ou ligamenteuses des régions antérieures de la jambe ou de la cuisse.

M. Bouley ayant vu guérir tous les chevaux atteints de cette claudication, n'a pu constater par des recherches d'anatomie pathologique la lésion qui la déterminait ; mais M. Rigot, chef des travaux anatomiques à l'école d'Alfort, a tenté quelques expériences qui semblent confirmer l'idée que M. Bouley s'était faite de la nature du mal.

M. Rigot, présumant que la lésion consistait dans un déchirement total ou partiel du tendon du muscle tibio-prémétatarsien (fléchisseur du canon) a pratiqué, parallèlement à la crête du tibia, une incision de deux pouces environ, au côté interne de la région pré-tibiale, à six travers de doigt du centre de l'articulation supérieure de la jambe. D'un seul coup de bistouri, il est parvenu dans l'interstice des muscles fémoro-préphalangien, et tibio-prémétatarsien, et, après avoir divisé avec le doigt le tissu cellulaire qui unit ces deux muscles, il a introduit dans la plaie un bistouri à serpette et a fait la section transversale du tibio-prémétatarsien. A l'instant même le membre opéré a présenté tous les signes qu'offrent les extrémités de chevaux atteints de la claudication décrite par M. Bouley.

Cette maladie n'a rien de grave ; il est bien probable que le repos absolu suffirait seul à la curation complète. Dans les trois observations que cite M. Bouley, ce praticien s'est borné à laisser le cheval en liberté dans une écurie spacieuse et sur une épaisse litière ; ensuite, des applications d'abord émollientes, puis résolutes ont été faites sur la partie antérieure de la jambe. Les animaux ont été entièrement guéris au bout de 60 jours. (*Rec. de méd. vétér.* Mai, 1833.)

III. — MÉLANGES.

HOMMAGES RENDUS A HUFELAND.

Le 24 juillet, à Berlin, on a célébré avec pompe le 50^e anniversaire du jour où Hufeland a pris les degrés de docteur à l'Université de Gœttingue. On s'é-

tait préparé à cette fête depuis quelques mois. Les solennités ont commencé par des discours publics dans la grande salle de l'Académie de médecine et de chirurgie militaire. A midi les professeurs se sont réunis à l'université, et l'un d'eux, M. Link, a exposé dans

un discours les travaux de Hufeland sur l'art médical.

A trois heures, un grand banquet a été donné au nestor des médecins prussiens. Son buste, orné de lauriers et de myrthes, figurait dans la salle aux frais des professeurs. Une ode, écrite en gros caractère, sur un rouleau de vingt-quatre pieds de long, des félicitations souscrites par plus de deux mille personnes, parmi lesquelles se trouvaient des princes et des ministres, lui furent présentées. Le roi avait envoyé au vieillard l'aigle rouge de première classe; cet envoi était accompagné d'une lettre obligeante du ministre, M. d'Altenstein. Les médecins avaient fait frapper une médaille avec l'effigie de Hufeland et ces deux vers :

Naturæ præcepta colens morbisque medetur,
Falaque Parcarum lentiùs ire Jocet.

Ces vers ont d'autant plus d'à propos que Hufeland est l'auteur de la macrobiotique ou de l'art de vivre long-temps. L'Université de Göttingue, beaucoup d'universités d'Allemagne avaient envoyé des félicitations et des diplômes honoraires; les médecins de Varsovie et les pharmaciens de Berlin avaient fait faire des vases en argent. Il y avait abondance de pièces de vers en allemand et en latin. La société *Médico-Chirurgicale* dont il est le fondateur portera à l'avenir son nom.

NOMINATIONS.

Le mercredi 3 juillet, les épreuves du concours pour la chaire de clinique médicale ont été terminées. Après une demi-heure de délibération, le jury a fait connaître la nomination de M. le docteur Rostan.

— Le concours pour la chaire de pathologie externe à la faculté de Paris, commencé le 5 juillet, s'est terminé le 17 août. M. le docteur Gerdy a été nommé professeur.

— Par suite de concours ouverts depuis plusieurs mois à la faculté, M. Lenoir (Adolphe) a été nommé prosecteur, et M. Rigaut aide d'anatomie.

— Les changemens suivans viennent d'avoir lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce :

M. Damiron, médecin ordinaire, deuxième professeur, a été admis à la retraite; il est remplacé par M. Gacs, médecin ordinaire, professeur adjoint au même hôpital.

M. Pierre, médecin ordinaire, professeur adjoint, a été admis à la retraite. MM. Gasc et Pierre sont remplacés par M. Alquier, médecin ordinaire à Alger, et M. Casimir Broussais, médecin adjoint à l'hôpital du Gros-Caillon.

ACADÉMIE.

Dans la séance du 2 juillet de l'Académie de médecine, M. Guéneau de Mussy a lu un long mémoire de M. Humbert de Morlaix, sur la claudication de plusieurs personnes, que l'auteur attribue à des luxations congéniales, dont les unes dépendent d'un vice de conformation de la tête du fémur, et d'autres à l'oblitération de la cavité cotyloïde.

Chez les uns, la tête du fémur a la forme d'un cône; chez d'autres, le col du fémur est très-long et la tête est courbée. L'auteur pense que ces vices de conformation dépendent de la position du fœtus dans le sein de la mère; les cuisses se trouvant constamment fléchies sur le tronc, la capsule articulaire et le ligament rond sont continuellement distendus. La tête du fémur ayant une tendance à sortir de la cavité cotyloïde par la flexion des cuisses sur le tronc, cette luxation est encore facilitée par le relâchement de la capsule et du ligament rond; et, dans ces cas, la tête du fémur se creuse une cavité artificielle sur la fosse iliaque externe. Les moyens de remédier à cette affection, considérée comme incurable, consistent en divers appareils mécaniques que M. Humbert a fait dessiner, et qui ont pour objet, 1° l'extension;

2° de favoriser les mouvemens du tronc; 3° de maintenir l'extension.

Ce mémoire contient cinq observations de guérison, d'où l'auteur conclut que la luxation congéniale n'est pas toujours incurable; mais il ajoute qu'il est difficile de déterminer les cas qui sont curables de ceux qui ne le sont pas; l'examen de ce mémoire est renvoyé à une commission qui est chargée d'en faire le rapport.

— M. Lepelletier de la Sarthe communique une observation sur un tétanos traumatique, pour confirmer que cette redoutable maladie est due à une inflammation du névritème; le malade qui en fut le sujet est un homme à qui on pratiqua l'amputation de la jambe, nécessitée par une maladie des os du tarse. Pendant les dix-sept premiers jours, la plaie marcha vers la cicatrisation. Dès le huitième jour, mouvemens convulsifs dans le moignon; puis le trismus se manifesta, et enfin le tétanos traumatique dont la marche ne pût être enrayée, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels.

A l'autopsie, on trouva le névritème du grand nerf sciatique fortement injecté et la pulpe nerveuse ramollie. L'auteur fait remarquer que pendant tout le cours de la maladie le nerf sciatique fut le siège de violentes douleurs.

— Le 9 juillet, a eu lieu à l'Institut la séance solennelle de l'Académie de médecine. M. Husson a lu pour M. Marc des réflexions sur *la monomanie dans ses rapports avec la médecine légale*. Le Mémoire de cet académicien avait pour objet d'établir qu'il existe des monomanies sans délire, sous l'empire desquelles l'homme peut commettre involontairement les actions les plus criminelles. Toutefois, M. Marc, après avoir cité nombre de faits à l'appui de son opinion, pense qu'on doit également se garder de condamner ces malheureux monomanes et de confondre avec eux les vrais coupables. L'application de la loi est alors de la plus grande délicatesse.

Après M. Marc, M. Réveillé Parise a lu quelques considérations philosophiques sur ce mot d'Aristote : « Que la plupart des hommes célèbres sont atteints de mélancolie. »

M. Pariset a ensuite prononcé, avec le succès qui le suit partout, l'éloge de Cuvier.

Ces lectures étant terminées, on a annoncé la distribution des prix décernés pour la présente année 1833, et les sujets des prix proposés pour les années 1834 et 1835.

Prix de vaccine.

Le premier prix, de la valeur de 15,000 fr., sera partagé entre

MM. Boucher, médecin à Versailles (Seine-et-Oise);

Boisson, médecin à Lure (Haute-Saône);

Chaillier, officier de santé à Chevillon (Haute-Marne).

Il sera accordé des médailles d'or à

MM. Benoist, officier de santé à Grenoble (Isère);

Boissat, médecin à Périgueux (Dordogne);

Madame Millet, sage-femme à Vannes (Morbihan);

Parer, médecin à Ille (Pyrénées-Orientales);

Cent médailles d'argent sont décernées aux vaccineurs des départemens.

Sujets des prix proposés pour les années 1834 et 1835.

1834. — Prix Portal : « Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos jours? »

Le prix de 600 fr. sera décerné dans la séance publique de l'année 1834.

Prix de l'Académie : « Que doit-on entendre par phthisie laryngée? Quelles en sont les altérations or-

ganiques, les causes, les espèces, les terminaisons, et quel en est le traitement ?

Le prix de 1,000 fr. sera décerné dans la séance publique de 1834.

1835. — Prix Portal : « Faire l'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus. »

Le prix de 600 fr. sera décerné dans la séance publique de 1835.

Prix de l'Académie : « Faire l'histoire des abcès

désignés sous le nom de métastiques, qui se forment dans diverses parties du corps, à la suite des opérations chirurgicales des lésions traumatiques; en indiquer le traitement. »

Le prix de 1,000 fr. sera décerné dans la séance publique de 1835.

Les mémoires envoyés au concours, dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1^{er} mars des années 1834 et 1835.

IV.—ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Nous avons annoncé positivement la résolution de donner à nos souscripteurs, et dans chacune de nos douze livraisons annuelles, *une planche d'anatomie de régions, gravée sur acier, de grandeur naturelle et coloriée*. Nous avons dit tout haut que nous étions de l'école de Scarpa, et nous avons ajouté que nous voulions constamment lutter avec notre maître. Eh bien! nous le disons et le promettons encore; car rien n'est changé dans nos intentions, notre but est toujours le même, et les moyens de l'atteindre sont toujours en notre possession.

Toutefois, nous prions nos souscripteurs de ne jamais oublier que la partie anatomique de notre œuvre est et demeurera sans cesse, dans une certaine dépendance du pouvoir et des caprices de l'art. Les préparations anatomiques les plus belles et les plus exactes ne serviraient à rien, si un dessinateur habile n'était là pour les surprendre et les traduire; et quand l'anatomiste et le dessinateur ont achevé, il faut encore que l'image passe par les longueurs et les dangers de la gravure. Aussi ne pourrait-on exiger équitablement que nous fussions responsables de la négligence ou du malheur d'un artiste; ce qu'on peut demander de nous, c'est de les prévenir ou de les réparer. Nous les préviendrons où nous les réparerons.

Au reste, la planche de régions que nous donnons ici, est la preuve que nous avons entendu promettre et agir sérieusement. Nous l'offrons avec confiance à nos amis, et nous la présentons sans orgueil et sans crainte aux autres, comme une petite partie de la longue réponse que nous avons à leur faire.

Nous renvoyons, pour quelque temps seulement, tout ce qu'il y aurait à dire sur l'excellence de l'anatomie de régions, la seule pratique, la seule parfaite, à laquelle l'anatomie descriptive ne sert que d'introduction. Nous croyons que l'anatomie de régions est aussi utile au médecin qu'au chirurgien, et que c'est un malheur que le premier l'ait si fort et si long-temps négligée.

PLANCHE I.—REGION HYO-CARDIAQUE.

Adulte, grandeur naturelle, stature ordinaire.

Préparation. — On commence par scier les

clavicules à deux doigts du sternum, puis le sternum lui-même dans deux directions; 1^o de haut en bas sur la ligne médiane, jusqu'au niveau de la 3^e côte; 2^o transversalement, de manière à fendre, en continuant le trait, le 3^e cartilage costal. Cela fait, on écarte avec effort les deux moitiés du sternum scié, on décolle ou l'on ouvre la plèvre médiastine, et, pénétrant dans la cavité thoracique, on coupe en travers, à peu près au milieu de leur longueur, les cartilages de la 1^{re}, de la 2^e et la moitié seulement du cartilage de la 3^e côte. Le reste de la préparation, qui consiste à renverser le sternum, sans déchirer les parties molles, à bien disséquer ces parties et à éviter de blesser les veines, est évidemment très-facile.

Indication des organes. A, les lèvres; B, le menton; C, C, le pavillon de l'oreille; D, D, les épaules; E, E, les clavicules; F, F, le devant de la poitrine; G, la moitié inférieure du sternum. — *a, a*, la peau du cou relevée; *b, b*, le muscle peaucier également relevé; *c, c*, le ligament sus-sternal ou interclaviculaire; *e, e, e, e*, la coupe longitudinale du sternum; *f, f*, coupe longitudinale du 3^e cartilage costal; *g, g*, face postérieure du sternum renversé; *h, h, h, h, h*, la double section des deux premiers cartilages costaux, et de la moitié du 3^e; *i, i*, ligne ou intervalle cartilagineux, qui ne se trouve guère après la puberté. Toute la portion du sternum qui se trouve au-dessus de cette ligne est ce que Beclard appelait os primi ou clavi-sternal. — 1, Raphé formé par la rencontre des deux myloïdiens; 2, 2, ventre antérieur du digastrique; 3, 3, m. hyoglosse; 4, 4, m. stylo-hyoïdien; 5, 5, aponévrose qui fixe à l'hyoïde, et dans laquelle glisse obscurément le tendon du digastrique; 6, 6, petite portion du muscle constricteur inférieur du pharynx; 7, 7, 7, 7, m. sterno-hyoïdiens; 7, 7', m. omoplat-hyoïdien; 8, 8, sterno-thyroïdien, tous deux écartés par une airigne; 10, 10, m. thyro-hyoïdien; 10', 10' m. crico-thyroïdien; 11, 11, m. sterno-mastoïdien; 12, 12, m. 1^{er} intercostal interne; 13, 13, m. 2^e intercostal interne; 14, 14, 14, trousseaux supérieurs du triangulaire du sternum. — 15, Veine cave supérieure; 16, 16, v. sous-clavières droite et gauche; 17, 17, v. jugulaires internes; 18, 18, v. mammaires internes; 19, 19, v. médiastines coupées;

20, 20, v. thyroïdiennes inférieures; 21, 21, v. thyroïdiennes latérales; — 22, Aorte; 23, artère brachio-céphalique; 24, 24, 24, a. sous-clavières droite et gauche; α , α , α , α , l'art. mammaire interne; ζ , ζ , art. thyroïdienne inférieure droite; γ , γ , art. vertébrale droite; δ , δ , art. thyroïdienne inférieure gauche; ϵ , art. vertébrale gauche; 25, 25, a. carotides primitives droite et gauche; 26, 26, a. carotide externe; 27, 27, a. carotide interne; 28, 28, a. thyroïdienne supérieure; — 30, 30, Nerfs de la 12^e paire ou grand hypoglosse; 31, n. pneumo-gastrique droit; 32, 32, pneumo-gastrique gauche; 33, n. récurrent gauche; 34, n. phrénique gauche. — 35, Saillie de l'os hyoïde derrière les fibres mylo-hyoïdiennes; 36, membrane thyro-hyoïdienne; 37, cartilage thyroïde; 38, membrane crico-thyroïdienne; 39, portion antérieure du cartilage cricoïd.; 40, premier cerceau membraneux de la trachée artère; 41, 41, glande ou corps thyroïde 42, trachée artère; 42', 42' face antérieure de l'œsophage; 43, petite portion de la surface du poumon; 44, portion relevée du poumon; 45, 45, 45, membrane du péricarde ouverte, renversée ou maintenue; 46, base du cœur; 47, Appendice de l'oreillette droite du cœur; 48, tronc de l'artère pulmonaire; 49, division droite de l'artère pulmonaire; 50, bronche gauche; 51, canal artériel.

REMARQUES ANATOMIQUES.

Le thorax ainsi ouvert laisse apercevoir l'une des plus belles et des plus importantes régions du corps. Il est vrai que le renversement du sternum a déplacé quelques organes. Mais si l'on suppose la poitrine refermée, il est facile de se figurer chacun de ces organes reprenant sa situation et ses rapports naturels. Ainsi les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien viennent recouvrir plus ou moins immédiatement le crico-thyroïdien, la glande thyroïde, la naissance des veines thyroïdiennes; et plus médiatement, la terminaison de ces veines et des médiastines, et la veine sous-clavière. La face postérieure du sternum, la partie voisine des trois premiers cartilages costaux et des muscles inter-costaux et triangulaires, venant se placer au devant de l'origine des gros vaisseaux et n'en étant séparés que par le médiastin antérieur, on en conclut facilement où il faudrait se placer pour ausculter ces vaisseaux et leurs valvules. La veine mammaire interne se voit ici croisant, derrière le premier espace intercostal, l'artère de même nom, et passant en dehors d'elle, mais il est évident que ce croisement n'existe pas dans la nature et que la veine se tient au côté interne de l'artère.

Remarquons la position précise et la direction des fibres de plusieurs muscles qui ne se verraient pas si bien dans les régions voisines que nous donnerons. Le sterno-hyoï-

dien ne descend que peu derrière le sternum, et le sterno-thyroïdien s'abaisse jusqu'au dessous de l'articulation de la première côte avec cet os. Entre ces muscles et le sterno-mastoïdien, on aperçoit l'épaisseur du sternum, le ligament qui en recouvre la fossette et qui s'élève de chaque côté pour envelopper l'articulation sterno-claviculaire.—On a souvent quelque peine à se rappeler lesquels des muscles inter-costaux internes et externes s'avancent jusqu'au sternum, lesquels ne vont pas jusqu'à la colonne vertébrale; lesquels sont inclinés dans un sens, lesquels le sont dans un autre; quelle est encore la situation et l'obliquité du triangulaire du sternum, espèce d'intercostal supplémentaire et imparfait. Or, en jetant les yeux sur la portion renversée du sternum, on peut savoir à l'instant à quoi s'en tenir sur tout cela. Car puisque l'intercostal interne arrive en avant jusqu'au sternum, c'est qu'il ne va pas en arrière jusqu'aux vertèbres, et s'il est incliné dans un sens c'est que l'externe l'est dans un sens opposé.

Les deux ventres antérieurs du digastrique ne se joignent quelquefois pas du tout, d'autres fois ils s'envoient au-dessus de l'os hyoïde des fibres irrégulières semi-aponévrotiques qui gênent la dissection du raphé-mylo-hyoïdien. Le tendon moyen du digastrique, après avoir traversé le muscle stylo-hyoïdien, ne se dirige pas tant en haut que la planche le montre, mais plus en arrière du côté de la rainure digastrique. Entre les muscles sterno-hyoïdien en dehors, thyro-hyoïdien et sterno-thyroïdien en dedans, on doit s'attendre à trouver une division notable de l'artère thyroïdienne supérieure; c'est ordinairement au-dessous de l'attache du muscle sterno-thyroïdien, qu'une autre division du même vaisseau atteint le bord supérieur du corps thyroïde et le suit jusqu'à la rencontre du rameau opposé, en embrassant le cartilage thyroïde. Les autres divisions de la thyroïdienne arrivent à la glande par la face postérieure. Au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, la carotide primitive se sépare en interne et en externe et la division externe donne presque aussitôt la thyroïdienne supérieure. — La veine jugulaire interne est toujours en dehors du tronc carotidien primitif. La veine cave supérieure étant à droite de l'aorte, la veine sous-clavière gauche doit être plus longue que la veine sous-clavière droite de deux travers de doigts au moins. Toujours placée au dessus, et suivant un peu le contour de l'aorte, elle cache la naissance des artères de la convexité de la crosse; quelquefois pourtant, l'origine du tronc innominé et de la carotide primitive gauche s'aperçoivent au-dessous de la veine. La veine sous-clavière gauche reçoit comme on voit les veines thyroïdiennes inférieures, médias-

tines supérieures ou thymiques, et les deux mammaires.—Le nerf grand hypoglosse, dans son trajet du trou condylien au-dessous de la langue passe toujours en dehors des vaisseaux latéraux du cou et en dedans du tendon digastrique, entre les muscles hyo-glosse et mylo-hyoïdien. Le pneumo-gastrique surtout supérieurement est plus postérieur qu'on ne le voit par rapport aux vaisseaux; le grand sympathique ne peut ici s'apercevoir.

Le larynx (*λαρίγγξ* sifflet), et la trachée artère (*πράχυς*, âpre, *ἀρτηρία*, artère) sont les seules parties des voies aériennes sur lesquelles on opère au moins extérieurement; souvent on opère à la fois sur l'une et sur l'autre, à l'endroit de leur réunion. On ne peut décrire ici le larynx ni la trachée; mais il faut au moins rappeler que le larynx est très superficiel, et pour ainsi dire placé sous la peau, tandis que la trachée s'en éloigne à mesure qu'elle descend, au point qu'entre elle et le bord supérieur du sternum, se trouve un intervalle d'un pouce et demi au moins, rempli de tissus cellulo-graisseux quelquefois disposé en feuillets. — En arrière et à gauche de la trachée on voit passer l'œsophage (*οἶσος*, je porte, *φάγω*, je mange) On ne l'ouvre presque jamais qu'en ce lieu; plus haut et plus bas, il serait trop dangereux de l'atteindre. — Au devant de l'œsophage et de la trachée, entre le corps thyroïde et la veine sous-clav. gauche, on voit le plexus veineux sous-thyroïdien, dont la présence et la disposition rendent si pénible et si délicate l'opération de la trachée.

Ces remarques ne sont qu'une petite partie de celles qu'on pourrait faire, et pourtant elles seraient susceptibles d'applications nombreuses. Aujourd'hui, nous dirons quelques mots seulement 1^o sur la laryngotomie, 2^o sur la trachéotomie, 3^o sur la laryngo-trachéotomie, opérations que l'on a comprises sous le nom générique et impropre de *bronchotomie*; enfin, sur l'œsophagotomie, ou la section méthodique de l'œsophage. — La bronchotomie se fait différemment, suivant la diversité des circonstances qui y déterminent l'opérateur. Quand il s'agit de donner entrée à l'air, ou de faire sortir un petit corps étranger, on incise la membrane *crico-thyroïdienne*; si le corps étranger était logé dans les ventricules du larynx, il faudrait couper la membrane et le cartilage thyroïde lui-même; et si le corps était trop volumineux, on ne devrait pas hésiter à fendre les cartilages thyroïde et cricoïde, la membrane qui les sépare et plusieurs cerceaux de la trachée. *Incision de la membrane crico-thyroïdienne.* — Le malade, couché sur le dos, la poitrine un peu haute et la tête légèrement renversée,

le chirurgien tend de sa main gauche les tégumens, et de la droite, avec un bistouri, il incise verticalement sur la partie moyenne du larynx, depuis les environs du cartilage thyroïde jusqu'à un pouce au-dessous. Cette incision doit comprendre la peau et le tissu cellulaire, qui réunit les muscles sterno-hyoïdiens. La membrane alors se reconnaît facilement, et, en prenant l'ongle de l'indicateur gauche pour conducteur, le chirurgien incise en travers, et place la canule ou la sonde. — *Incision du cartilage thyroïde.* — La membrane incisée comme il vient d'être dit, on passe une sonde cannelée derrière le cartilage, on le fend de bas en haut en suivant la cannelure et avec un fort bistouri. — *Incision de la trachée, ou trachéotomie.* — Cette opération est plus difficile et plus périlleuse que les autres. La position du malade est la même, mais l'incision des tégumens doit descendre jusqu'au sternum, et la dissection des veines sous-thyroïdiennes doit être faite lentement et adroitement. Une fois arrivé en vue de la trachée, le chirurgien place le doigt indicateur gauche dans l'angle inférieur de la plaie, conduit dessus son bistouri, et incise, de bas en haut, deux, trois, quatre, etc., cerceaux, suivant le but qu'il se propose ou le volume du corps à extraire.

Œsophagotomie. — On ne peut entrer ici dans le détail des indications de cette opération, qui n'est presque jamais faite que pour extraire des corps étrangers dont la présence menace directement la vie. Une fois qu'elle est résolue, le malade étant placé comme pour la bronchotomie, avec le soin de tourner la face à gauche et d'incliner dans le même sens la tête en arrière, le chirurgien divise hardiment et d'un seul trait la peau, le peaucier et le tissu cellulaire, dans l'étendue de trois pouces environ, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et au niveau du corps étranger; il écarte en dehors ce muscle et le sterno-thyroïdien, soulève en avant le lobe gauche de la glande thyroïde, et pénètre dans le sillon qui sépare la trachée de l'œsophage. Alors, il fait à la face antérieure de ce dernier, une simple ponction, par laquelle il introduit une sonde cannelée, puis agrandit verticalement la plaie avec des ciseaux courbés sur le bord ou un simple bistouri. La blessure des artères au-devant du larynx peut être évitée ou n'est pas inquiétante.

Le pansement de toutes ces plaies est simple, et dans le dernier cas seulement il est nécessaire de sustenter le malade au moyen d'une sonde œsophagienne.

Le docteur Jacques LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° II. — OCTOBRE 1855.

I. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

Si le nom d'une maladie doit en être la définition succincte, ou si, au moins, il doit exprimer un de ses principaux phénomènes, le mot blennorrhagie est tout aussi incorrect que celui de gonorrhée, d'arsure, d'urétrite, d'uréthro-vaginite, de chaude-pisse, etc.; mais si, par convention, il sert à désigner une lésion quelconque et l'ensemble des symptômes qui lui appartiennent, sans valeur intrinsèque, comme un nom de famille indique un homme, par exemple, sans le décrire, tant vaut le nom de blennorrhagie qu'un autre, pourvu qu'il soit adopté, et qu'on sache ce dont on veut parler quand on s'en sert.

La blennorrhagie dont la fréquence est malheureusement si grande, a été étudiée par tous les auteurs qui se sont occupés de maladies vénériennes, mais n'a pas toujours été expliquée de la même manière. Ainsi, les uns l'ont envisagée comme une fornie, comme un mode de la vérole; tandis que d'autres l'ont considérée comme une maladie tout-à-fait à part et distincte. Entre ces deux extrêmes qu'a voulu juger, en 1810, la société de médecine de Besançon, s'élève une opinion mixte plus rationnelle, et qui, ne faisant pas de la blennorrhagie une maladie unique, en reconnaît des espèces différentes. C'est cette manière de voir que l'observation m'a forcé d'adopter.

En effet, si nous étudions les causes de la blennorrhagie, l'état des tissus qui en sont le siège, et les symptômes qui l'accompagnent ou la suivent, nous voyons qu'elle n'est pas toujours la même.

Toutefois, pour la bien étudier et la mieux comprendre, c'est à sa source qu'il faut l'aller chercher, et c'est des organes de la femme qu'il faut prendre son point de départ. Chez elle, toutes ses formes sont pour ainsi dire dévoilées par la facilité avec laquelle on peut tout voir, et le merveilleux d'une foule de faits trouve alors une prompte et facile explication.

Je suis étonné que tous les auteurs qui ont cherché à systématiser, n'aient pas envisagé la question de la même manière, et qu'au lieu de bâtir des théories en face du méat urinaire de l'homme, sans pouvoir pénétrer dans son étroit canal, ils n'aient pas songé à la facilité avec laquelle on pouvait explorer le vagin, et vérifier, par l'observation directe, ce qu'on ne faisait que supposer chez l'homme.

C'est donc chez la femme que nous avons commencé l'étude de la blennorrhagie, et c'est par elle que nous avons ensuite mieux compris et mieux expliqué cette affection chez l'homme.

Chez elle, nous avons vu, sous le rapport des causes, la blennorrhagie être tantôt spontanée,

et naître hors du coït, sous l'influence de différents états pathologiques et non vénériens : tels que les scrofules, les dartres, la seconde dentition, etc. Les saisons (le printemps et l'automne), ne semblent pas étrangères à son développement plus ou moins facile, à sa plus ou moins grande fréquence. Tantôt elle était due à une cause, soit mécanique, soit chimique, telle que la masturbation répétée, l'abus du coït, du reste pur; le coït prématuré, ou pratiqué à l'époque où il y a disproportion entre les organes; l'intromission, dans les parties sexuelles, de corps étrangers irritants, solides ou liquides; les contusions, les déchirures; certains exercices qui entraînent beaucoup de fatigues etc. Tantôt enfin, sa cause était un coït impur bien constaté; un écoulement contagieux l'avait produite, et, contagieuse à son tour, elle était susceptible de transmission; mais alors, elle a toujours infecté de prime-abord la partie soumise à la contagion; jamais la matière d'une blennorrhagie contagieuse, portée dans les organes de la génération, n'a, par exemple, eu, pour premier phénomène, une ophthalmie blennorrhagique, ou n'a produit une otorrhée. Quand ces accidens sont arrivés, et qu'on a pu les attribuer à la blennorrhagie sans preuve d'infection directe, les individus qui en étaient affectés avaient encore, ou avaient eu précédemment, et au moment de la naissance de ces accidens, des blennorrhagies uréthro-génitales, ou anales; jamais de la matière prise par la bouche n'a produit un écoulement par les parties génitales comme on l'a récemment annoncé.

Quand j'ai recherché, dans la blennorrhagie chez la femme, quels étaient les rapports qui pouvaient exister entre les causes particulières et le siège précis, je n'ai rien trouvé de constant. En effet, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, quelle qu'ait été la cause de l'écoulement, la vulve, l'urètre, le vagin et l'utérus ont pu être isolément ou concurremment affectés. Cependant, il est vrai de dire (et c'est ce que nous avons avancé dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine, et inséré dans la collection de ses travaux) que l'urètre, chez la femme, est plus souvent pris seul, ou en même temps que le reste des organes de la génération, lorsque la blennorrhagie est le résultat d'un coït impur.

Sous le rapport des lésions de tissus, nous avons trouvé, ainsi que nous l'avons déjà publié, la muqueuse uréthro-génitale, dans toute son étendue, ou dans des points isolés, d'un rouge plus ou moins intense accompagné de tumescence, de chaleur et de douleur, sans qu'il y eût pourtant de sécrétion, et présentant un état comme érysipélateux, pouvant durer ainsi un

certain temps, pour disparaître ensuite, ou ne constituer que la première période d'une inflammation catarrhale, donnant bientôt lieu à une sécrétion morbide variable, et dont les différences, jusqu'à présent, ne semblent avoir aucun rapport avec la cause particulière de l'affection. J'ai trouvé, en explorant la vulve, le vagin et le col de la matrice, la muqueuse couverte de papules ou de follicules plus ou moins développés, constituant une vaginite ou utéro-vaginite papuleuse, une psorélytrie, ainsi que je l'ai nommée, et pouvant se présenter à différens degrés, tantôt sous forme de petites taches de la grosseur d'une tête d'épingle, plus ou moins isolées, plus ou moins confluentes, tantôt sous la forme plus avancée de granulations, en quelque sorte privées d'épithélium, et ressemblant à des bourgeons charnus; tantôt enfin, pouvant passer à l'état de véritables végétations.

La muqueuse vulvaire, la muqueuse uréthrale, autant qu'on pouvait la voir, la muqueuse vaginale et utérine, ont souvent présenté des plaques plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, ressemblant à des surfaces de vésicatoire en pleine suppuration : chez une femme, dans la partie profonde et sur le col de la matrice, la muqueuse a offert une éruption d'herpes phlycténoïdes des plus caractérisées; enfin des ulcérations diverses se sont présentées dans les différens points de son étendue.

Des sécrétions variables ont été trouvées dans l'urèthre, la vulve, le vagin et l'utérus; mais leur différence n'a pas semblé non plus liée à telle lésion de tissus, ou à telle cause plutôt qu'à telle autre. L'état aigu, quelle qu'ait été la lésion particulière, a donné lieu, au début, à une sécrétion presque séreuse, ou bien muqueuse normale, seulement plus abondante, puis devenant opaque, puis passant à l'état franchement purulent d'un jaune plus ou moins foncé, plus ou moins verdâtre, et teinte quelquefois de sang. L'état chronique donne lieu souvent à une sécrétion laiteuse plus ou moins épaisse, et se rapprochant de la consistance caséuse, ou seulement à un flux muqueux. L'écoulement chronique peut aussi être roussâtre ou teint de sang. Les écoulemens aigus ou chroniques peuvent être complètement inodores, ou au contraire avoir une odeur excessivement forte, quand il y a des papules muqueuses. L'odeur *sui generis* est alors tellement prononcée qu'elle est caractéristique dans un grand nombre de cas; dans d'autres circonstances elle se rapproche plus ou moins de l'odeur fétide du cancer et des matières fécales.

Du reste, les seules différences qui résultent du siège particulier, c'est que les sécrétions utérines sont toujours plus muqueuses, filantes, agglomérées en flocons; tandis que celles qui viennent de l'urèthre, de la vulve, et du vagin, constituent un liquide à molécules plus libres et plus indépendantes les unes des autres.

Les symptômes de la blennorrhagie chez la femme, n'offrent pas de différences toujours en rapport avec la cause qui l'a produite, ils sont plus particulièrement liés à son siège précis et à son degré d'intensité.

Cependant, j'ai vu fréquemment à l'hôpital des vénériens, des femmes affectées de blennorrhagies soit aigus, soit chroniques, n'accuser aucune

espèce de douleur, et n'être en quelque sorte averties de leur maladie que par les taches insolites observées sur leur linge; souvent pourtant une chaleur incommode à la vulve, accompagnée ou non de démangeaison, annonçait le début de la maladie. Lorsque l'urèthre était affecté, le passage de l'urine était douloureux, il existait alors une sensation de brûlure, de picotement ou de coupure comme si un instrument tranchant avait traversé l'urèthre; il y avait enfin, selon l'expression figurée et vulgaire, chaude-pisse; mais cette douleur en urinant a le plus souvent manqué, alors qu'il existait des écoulemens uréthraux récents, aigus et très abondans; de telle sorte que l'absence de ce symptôme n'est pour moi d'aucune valeur, lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic. Dans la blennorrhagie vaginale, accompagnée ou non d'écoulement uréthral, le vagin s'est montré le plus souvent indolent, lorsqu'il n'était point touché ou heurté par des corps étrangers; chez quelques femmes, à l'état aigu, nous avons pu introduire le spéculum sans douleur; mais chez quelques malades, le coït, le plus léger toucher, étaient insupportables; la défécation même déterminait de la douleur, qui était déjà plus vive, dès que les matières fécales, dans la constipation, séjournaient dans le rectum. — Dans les écoulemens utérins, les signes de la métrite ont souvent existé: ainsi, pesanteur pénible sur le siège, chaleur du col au toucher, sensibilité de la matrice par la pression directe à travers le vagin, douleur par la pression hypo-gastrique; tension sur les fosses iliaques; aberration de la menstruation; mais quelquefois aussi, aucun de ces symptômes n'existait, bien que l'écoulement utérin fût aigu et abondant. Dans ces différens états, des symptômes généraux et sympathiques se manifestant par des troubles de la circulation, de l'innervation, de la digestion, des sécrétions urinaires, etc., se sont quelquefois montrés; mais le plus souvent, la blennorrhagie chez la femme, quel que soit son siège précis et son intensité, n'est qu'une affection purement locale.

La matière de l'écoulement dont nous avons déjà parlé, et dont la présence constitue un symptôme important, ne se montre pas toujours de la même manière. Pour apprécier ce symptôme, il faut savoir le chercher et le reconnaître. Si on examine la chemise chez certaines femmes, la partie antérieure qui est celle que salissent les hommes affectés de la même maladie, ne présente souvent aucune tache, à moins que les malades, par propreté ou par toute autre raison, ne s'en servent pour s'essuyer, c'est en arrière qu'il faut les chercher; aussi, est-ce cette partie qu'elles vous montrent toujours, pour vous faire juger de ses qualités ou de son abondance. Examine-t-on les parties génitales? lorsque la vulve est affectée, à peine a-t-on écarté les grandes et les petites lèvres, qu'on rencontre la sécrétion morbide; souvent même, le système pileux en est chargé, et dans quelques points, chez les femmes sales, cette matière est concrétée et tend à oblitérer l'entrée des organes de la génération, comme dans certaines ophthalmies on voit les paupières agglutinées par le flux palpébral. Mais souvent l'inspection de la vulve ne laisse rien apercevoir, et il faut alors aller à la

recherche de la sécrétion morbide. Pour l'urètre, le doigt indicateur doit être introduit dans le vagin jusqu'au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange, sa pulpe tournée du côté de la symphyse du pubis, et ramenée ensuite d'arrière en avant, en pressant le canal. De cette manière on fait sortir par le méat urinaire une goutte de pus, ou de mucus puriforme, pourvu que l'examen soit fait longtemps après l'émission de l'urine et que l'urètre soit affecté. Avec un peu d'habitude, on ne prendra pas du pus venu des parties voisines pour de la matière sortie des profondeurs du canal.

En examinant ainsi le canal excréteur de l'urine, tandis que le bout du doigt le comprime, la face dorsale de la racine de ce même doigt appuie sur la partie postérieure de l'anneau vulvaire qu'il déprime, et l'on voit alors l'écoulement vaginal s'échapper au dehors. Souvent cependant une sécrétion abondante reste comme incarceration dans le fond du canal des règles, et l'observateur superficiel ou non prévenu pourrait être trompé. En effet, les écoulemens nés des parties profondes du vagin peuvent être retenus par l'étranglement ou la constriction de l'anneau vulvaire; chez quelques femmes, par un renversement de la partie inférieure du vagin, qui vient former une espèce de bouchon dans la vulve, et enfin, chez quelques autres, par certaines dispositions des matières fécales accumulées dans la partie inférieure du rectum, et de l'urine dans la vessie. J'ai vu ainsi beaucoup de femmes affectées de fleurs blanches, ou de blennorrhagie, qui évacuaient une grande quantité de matière par la vulve, seulement au moment de la défécation ou de l'émission de l'urine.

Quant aux écoulemens utérins, qui se décèlent le plus souvent par l'issue, hors de la vulve, de mucosités plus ou moins purulentes, et dont nous avons ailleurs assigné les caractères, on ne peut ordinairement reconnaître leur présence qu'à l'aide du spéculum. La même chose a lieu pour ceux qui viennent des parties profondes du vagin, et du pourtour du col de la matrice; deux cas dans lesquels l'extérieur du col utérin, affecté ainsi que le cul-de-sac vaginal qui l'entoure, présente l'aspect de la balanite chez l'homme.

Le spéculum, dont j'ai le premier proposé l'emploi d'une manière générale dans l'étude des maladies vénériennes des organes génitaux de la femme, est un instrument dont on ne saurait se passer si on veut employer un traitement rationnel et éviter les erreurs de diagnostic les plus graves (1).

Le spéculum dont je me sers aujourd'hui est un spéculum brisé, dont les valves coudées de dedans en dehors s'articulent au point de leur coudure, comme dans le spéculum de mon ami M. Jobert, et dont l'articulation, placée du reste sur le point de l'instrument qui doit correspondre à l'anneau vulvaire, permet à ses deux extrémités d'être tour-à-tour ouvertes ou fermées, sans que l'anneau vulvaire soit lui-même dilaté et comprimé douloureusement contre l'arcade des pubis, comme l'a fait observer l'ingénieur chirurgien de l'hôpital Saint-Louis auquel j'ai emprunté cette idée. Chaque valve de mon spéculum porte une

branche, ou manche coudé à angle droit, servant à fixer ou à développer l'instrument, sans que la main de l'opérateur, ou de l'aide à qui on le confie, vienne masquer les parties qu'on veut examiner, ou gêner l'action des instrumens qu'on pourrait avoir à introduire dans son intérieur. De plus une tige graduée, portant un pas de vis et deux boutons mobiles sur elle, est fixée sur une des branches, et traverse l'autre, de telle façon qu'à l'aide des boutons qui courent sur la vis on peut les tenir rapprochées à un degré convenable, et avoir en même temps le degré de leur écartement par l'échelle graduée en lignes, et mesurer ainsi les différens volumes du col, qu'on peut avoir intérêt à connaître, dans la plupart des cas de gonflement ou d'hypertrophie.

Pour l'application du spéculum (1), voici quelles sont les règles que je suis :

La malade est placée sur le bord de son lit, un oreiller sous les épaules et sous la tête, les cuisses à demi-fléchies sur le bassin, et les jambes à demi-fléchies sur les cuisses, les pieds étant appuyés sur des chaises placées de chaque côté. Le chirurgien se met alors entre les membres pelviens, et n'a pas besoin d'aide, chose très-importante dans certains cas de pratique privée. Le spéculum, qu'on peut légèrement chauffer dans les temps froids, doit être enduit d'un corps gras. Dans les cas où les organes sont étroits, je donne la préférence au cérat blanc, plus tenace que l'huile, ne s'essuyant pas aussitôt, et permettant à l'instrument de mieux glisser et avec moins de douleur; dans les autres cas, j'emploie l'huile, qui n'altère en rien l'aspect des sécrétions qu'on veut examiner, ni la surface des tissus qu'on veut voir. Les valves du spéculum, tenues de la main droite, sont fortement rapprochées; je les fais même chevaucher l'une sur l'autre, de manière à rendre l'extrémité de l'instrument presque plate. Écartant ensuite les grandes et les petites lèvres avec l'annulaire et l'indicateur de la main gauche, je déprime en même temps avec le médius de la même main la partie postérieure de la fourchette et de l'anneau vulvaire. Cette manœuvre, très-importante pour faciliter sans douleur l'entrée du spéculum, doit être faite d'une manière graduelle, mais assez forte. Alors l'extrémité du spéculum est présentée à la vulve, ses branches tournées vers la cuisse gauche, et, tandis que le bord de l'extrémité d'une de ses valves appuie fortement sur le médius gauche, placée comme nous venons de le dire, l'autre a sa partie plane appliquée contre la face postérieure de la saillie du méat urinaire, au-dessous duquel on le fait bientôt filer, par un mouvement de bascule, sans l'écorcher ni le blesser, comme cela arrive souvent par les autres méthodes. Du reste, aussitôt que l'anneau vulvaire est dépassé, partie la plus difficile et la plus douloureuse à franchir, le spéculum est dirigé dans le sens de l'axe connu du vagin, ses valves étant plus ou moins écartées, selon le besoin, et permettant ainsi d'explorer successivement le vagin et l'utérus, dont l'instrument doit finir par embrasser le col. Pour cela, il ne faut point, comme le conseillent et le pratiquent quelques chirurgiens, avoir des spéculum d'une longueur ridicule et démesurée,

(1) Voir mon travail inséré dans le second fascicule des Mémoires de l'Académie royale de médecine.

(1) Le spéculum est confectionné par l'habile M. Charrière.

et pousser l'instrument dans le vagin, jusqu'à ce que le col soit saisi, manœuvre qui expose à blesser les parties et à faire beaucoup souffrir, en s'arrêtant dans le cul-de-sac péri-utérin; mais il faut, par le toucher préalable, s'assurer de la position et de la hauteur du col, puis diriger, à sa rencontre, l'extrémité de l'instrument, en recommandant à la malade, à mesure qu'on entre, de ne faire aucun effort d'expulsion, ce qui gênerait, pour le moment, la manœuvre; puis, présentant toujours l'extrémité du spéculum entre les deux lèvres ridées d'un côté à l'autre que forment les parois antérieure et postérieure du vagin refoulé d'avant en arrière, on arrive bientôt sur le col qu'on reconnaît à sa muqueuse plus lisse, sans rides, et dont la teinte, souvent, diffère de celle du vagin. Dans quelques cas, les mucosités filantes, qui filtrent, pour ainsi dire, de son orifice, et s'allongent dans le vagin, vous indiquent la route à suivre. Enfin, si malgré ces indications et ces préceptes, vous étiez engagés dans le cul-de-sac du vagin, au lieu de continuer à pousser sur le spéculum, il faudrait lui faire éprouver doucement un mouvement de retrait, en écartant légèrement ses valves, comme pour saisir le col utérin, à la manière de la boule d'un bilboquet.

C'est d'après la méthode que nous venons d'exposer que sont examinées toutes les femmes que nous traitons dans notre service à l'hôpital des vénériens, et jamais, à moins des contre-indications à l'emploi du spéculum, que nous allons tout à l'heure signaler, nous n'avons rencontré d'obstacle invincible par notre procédé, et qui exigeât une autre méthode ou un autre instrument.

Les cas qui contre-indiquent l'emploi du spéculum, au moins momentanément, sont : 1^o une inflammation trop intense, surtout de la vulve et de l'entrée du vagin; 2^o la présence de la membrane hymen, qu'il faut respecter dans la plupart des cas; 3^o l'étroitesse des parties chez les jeunes filles, et je n'ai pas besoin, ici, de relever la fausseté de la proposition récemment émise dans un article sur le toucher et l'application du spéculum, que *les parties génitales étaient d'autant plus dilatables, que les filles étaient plus jeunes, et qu'elles perdaient leur dilatabilité chez l'adulte!* 4^o dans un âge plus ou moins avancé, le canal vulvo-utérin, devenu peu souple, peut-être rétréci en entier ou seulement dans quelques points de son étendue, de manière à ne plus permettre, sans danger, l'introduction du spéculum; 5^o pendant le temps des règles, l'introduction du spéculum, qui se fait sans danger lorsque les femmes ne le redoutent pas, est au moins inutile; car le sang menstruel masquant les parties, il n'est plus possible de rien voir; toutefois, ayant eu l'occasion de l'appliquer un grand nombre de fois, je puis affirmer que l'orifice utérin pendant l'écoulement des règles chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant n'était pas sensiblement dilaté, et était loin au moins d'admettre le bout du doigt indicateur, comme on l'a encore récemment avancé dans l'article sur le toucher, que j'ai déjà cité.

L'état de grossesse n'a pas été pour moi une contre-indication; dans la plupart des cas, où son examen était nécessaire, l'introduction du spéculum faite avec sagesse et d'une manière

lente et graduée, n'a pas offert plus d'inconvéniens que le toucher ordinaire.

J'ai renoncé, pour l'exploration des parties, au spéculum plein de M. Récamier. Ce spéculum est d'une introduction plus douloureuse; souvent trop volumineux pour franchir l'anneau vulvaire, il est plus tard trop petit pour embrasser le col utérin en entier, et ne permet pas dans tous les cas de bien explorer le fond du vagin autour de la matrice.

L'époque de l'invasion de la blennorrhagie chez la femme est le plus souvent difficile à saisir. La plupart d'elles, sujettes aux fleurs blanches, confondent l'éconlement nouveau avec leur leucorrhée habituelle, et ce n'est que lorsque la blennorrhagie est assez aiguë, et qu'elle affecte surtout la vulve et l'urèthre, qu'elles peuvent bien la distinguer, et apprécier l'époque de sa naissance: beaucoup, en effet, n'apprennent leur nouvelle affection, que parce qu'on leur fait le reproche de donner du mal. Quoi qu'il en soit, lorsque nous avons pu avoir des renseignemens précis, nous avons trouvé que tantôt l'écoulement se manifestait presque immédiatement après l'action d'une des causes; tandis que, dans d'autres circonstances, il n'avait lieu qu'après un certain temps d'incubation: rarement avant le troisième jour, et souvent très long-temps après le coït, surtout lorsqu'il siègeait dans les parties profondes du vagin, ou dans la cavité utérine.

La blennorrhagie est rapide ou lente dans sa marche. Débutant avec des caractères d'acuité, elle peut diminuer d'une manière graduelle, et se terminer par une résolution franche, entre quinze jours et un mois, ainsi que nous l'avons vu quelquefois. Elle peut aussi avorter à son origine, et disparaître par une sorte de délitescence, ou bien encore se maintenir pendant un temps assez long, pour passer à l'état chronique qu'on désigne généralement sous le nom de blennorrhée et qui est le plus fréquent chez la femme; état dont nous avons déjà assigné les principaux caractères, et que la maladie peut revêtir dès son début, pour le conserver pendant toute sa durée, ou revenir encore à l'état aigu.

La terminaison de la blennorrhagie simple, chez la femme, a lieu comme nous venons de le dire, rarement par la délitescence, souvent par la résolution lente, et plus fréquemment par un état chronique presque interminable que les femmes voient alors du nom de fleurs blanches avec lesquelles il se confond. Quant aux terminaisons plus graves, telles que les altérations des systèmes osseux, muqueux, etc., elles dépendent de certaines formes de la blennorrhagie, qui jusqu'à présent n'ont pas encore été bien déterminées. Aussi, sous le rapport du diagnostic, s'il est facile, avec un peu d'habitude, chez la femme, de distinguer entre elles la blennorrhagie uréthrale vaginale et utérine, ou d'assigner les caractères qui appartiennent à ces formes groupées deux à deux, comme cela a quelquefois lieu, ou réunies toutes à la fois, il n'est plus possible, pour chacune d'elles, d'établir le caractère distinctif de sa nature intime, qui pourtant est le point important, le problème que tous les auteurs ont cherché à résoudre.

On a voulu distinguer la blennorrhagie des fleurs blanches, et l'on sait le peu de vaudre les

signes donnés par les auteurs. En effet, comment distinguer des choses absolument semblables quant aux formes, et qui ne diffèrent, si je puis m'exprimer ainsi, que par leur essence insaisissable. Ce n'est ni le siège précis de l'affection, ni l'aspect de l'écoulement, ni même les altérations des tissus, qui pourront faire distinguer la leucorrhée de la blennorrhagie simple; le seul signe différentiel possible dans quelques cas pourrait se tirer de la connaissance des causes; ainsi n'admettant, si on le veut, de fleurs blanches, que celles qui seraient nées sous l'influence de causes individuelles ou générales, on rangerait dans la classe des blennorrhagies tous les écoulemens nés sous l'influence de causes mécaniques, chimiques, ou virulentes, ayant agi directement sur les organes génito-urinaires, sauf à établir ensuite des variétés. Ces distinctions, encore impossibles dans la plupart des cas, par le peu de confiance qu'on a dans les rapports des malades qui se trompent ou veulent vous tromper, pourraient servir à remplir quelques indications dans le traitement. Le plus important dans le diagnostic est de décider si un écoulement est ou n'est pas virulent.

De tous les phénomènes de la blennorrhagie, ceux sur lesquels on s'est le plus arrêté, vu la nullité des autres jusqu'à présent, sous le rapport du diagnostic, sont : l'incubation, la possibilité de la transmission à un individu sain; le développement de symptômes consécutifs, la production de certaines complications et le succès du traitement regardé comme spécifique. Examinons chacun de ces signes :

1^o *De l'incubation.* — L'incubation qui, quoique encore mal déterminée, semble appartenir aux maladies virulentes, pourrait quelquefois éclairer le diagnostic; mais, pour que ce signe eût quelque valeur, il faudrait, chose rare, que les femmes n'eussent eu aucun écoulement antérieur de fleurs blanches, et que, hors de l'influence de toute autre cause, elles n'eussent aussi eu des rapports qu'avec un seul homme, depuis un certain temps, homme qu'elles auraient aussi cessé de voir avant le développement de la blennorrhagie; et encore il resterait à savoir, lorsque l'écoulement se manifesterait hors de la vulve, si déjà il n'avait pas lieu, dès le jour même ou dès le lendemain des rapports suspects, dans la partie profonde du vagin, ou dans la cavité utérine, sans s'épancher au dehors, comme nous avons vu que cela pouvait arriver.

2^o *De la transmission.* — La possibilité de donner une blennorrhagie dans les rapports sexuels n'est pas une preuve de la nature syphilitique ou virulente d'un écoulement. Le flux menstruel, le catarrhe utérin simple, la vaginite simple, comme le seul abus du coït, peuvent occasioner, à un homme, un écoulement blennorrhagique simple. Un écoulement virulent, chez une femme, peut aussi ne donner lieu qu'à une blennorrhagie simple chez l'homme. La transmission, toutefois, étant un point très-important dans la pratique, je vais m'y arrêter encore un moment sans m'éloigner, je crois, de la question du diagnostic.

On est très-souvent consulté, dans le monde, par des hommes affectés d'écoulemens urétraux, qui affirment que les femmes avec lesquelles ils ont eu des rapports n'étaient nullement mala-

des. Voici, à cet égard, ce que de nombreuses observations m'ont appris. Une femme, parfaitement saine, peut donner des chancres ou la *chaude-pisse*, et cela en communiquant, à un individu, de la matière virulente déposée, dans ses parties génitales, par un autre, dans un coït antérieur, sans qu'elle ait été infectée elle-même, ayant, dans ce cas assez fréquent chez les filles publiques, servi seulement de réservoir. Nous avons admis, en outre, avec tous les auteurs, que par la fatigue, l'abus du coït, la blennorrhagie pouvait naître de parties génitales, du reste, saines; mais ces écoulemens, qu'on nomme assez complaisamment des échauffemens, dans le langage ordinaire, sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit généralement. En effet, les femmes qui donnent la blennorrhagie présentent presque toutes quelque chose, ainsi que je l'ai prouvé ailleurs, par mes recherches, à l'aide du spéculum. Je vois tous les jours, à mon hôpital, et dans ma pratique privée, des femmes qu'on accuse d'avoir donné des blennorrhagies, et dont les parties génitales externes et l'entrée de la vulve sont parfaitement saines. Les femmes qui souvent ont été certifiées bien portantes par des praticiens du reste habiles, offrent constamment les lésions profondes que nous avons signalées ailleurs; de telle façon que toutes les fois qu'un malade se présente à vous, avec un écoulement, vous pouvez affirmer, sans craindre de vous tromper une fois sur cent, que la femme avec laquelle il a eu des rapports est elle-même malade; mais est-ce une raison de croire les femmes syphilitiques, parce qu'elles communiquent des écoulemens, non sans doute; car, dans ce cas, la contagion n'est pas constante et n'arrive pas de nécessité, mais seulement par la disposition des parties. Un écoulement peut être communiqué de telle façon qu'une femme, présentant un des états morbides que j'ai déjà décrits, ne doive pas être considérée comme étant nécessairement vénérienne, mais seulement comme pouvant communiquer des blennorrhagies, ce qui est différent. Un fait curieux doit être ici signalé: J'ai vu des femmes qui, ne se croyant pas malades, et partant ne se traitant pas, communiquaient, depuis plusieurs années, la blennorrhagie à presque tous les hommes qui avaient une première fois des rapports avec elles. Ces femmes, examinées au spéculum, avaient toutes quelque chose, soit au vagin, soit au col de l'utérus; mais ce qui est encore remarquable, c'est que sans se traiter et sans être guéries, si un homme qui avait contracté la blennorrhagie avec elles se guérissait, et continuait à avoir des rapports, il finissait par ne plus rien contracter, à l'aide d'une sorte d'acclimatement. Un amant intercurrent arrivait-il? il contractait à son tour la blennorrhagie, guérissait et acquérait, comme le premier, le privilège de ne plus rien attraper; ainsi d'un troisième, d'un quatrième. Une femme que je reçus dans mon service avait répété l'expérience jusqu'à cinq fois. Dame de compagnie dans une maison, en Angleterre, elle était venue en France pour se faire traiter; les médecins qu'elle avait consultés lui trouvant les parties génitales externes saines, pouvaient à peine croire à ses rapports. Examinée au spéculum, je la trouvai affectée d'un catarrhe utérin purulent, et d'ulcérations granuleuses de toute la

surface du col de l'utérus, lésions qui m'expliquèrent l'énigme, et dont elle guérit très-bien à l'aide d'un traitement local, tandis que toutes les médications intérieures et mercurielles avaient échoué.

Les filles, et je pourrais dire aussi les femmes encore vierges, ou au moins en apparence, donnent, dans les mêmes circonstances, des blennorrhagies; affectées d'écoulemens, quelles que soient leurs causes, elles peuvent les transmettre. Chez elles, l'intégrité de l'hymen ne prouve pas que la blennorrhagie n'est pas virulente. Sans que les caractères physiques de la virginité aient été détruits, la vulve peut avoir été infectée seulement jusqu'à la membrane hymen, qui n'a pas été franchie. Ce fait, nous le voyons fréquemment chez de jeunes filles de tout âge, et à un âge encore plus avancé. Qu'il me soit permis, à ce sujet, de rapporter une observation plaisante qui pourra servir à quelques nouveaux mariés : Une fille *d'une cinquantaine d'années*, arrivée exprès de province, vint me consulter chez moi pour savoir *si elle était encore vierge*. Ayant l'intention de se marier, elle tenait beaucoup à apporter, comme cadeau de noce, la preuve de sa longue sagesse. La première question que je dus lui faire, fut de lui demander si elle avait eu des amans; elle me répondit que oui. Je crus alors que ma cliente était folle, ou qu'elle voulait me mystifier, lorsqu'elle me dit qu'elle n'avait jamais permis à ses amans *que des rapports extérieurs*, et qu'elle voulait actuellement savoir si on n'avait pas outrepassé ses permissions : elle était encore physiquement vierge ! J'ai eu, à l'hôpital des vénériens, une femme mariée depuis cinq ans qui avait eu de plus un amant, et qui était affectée de blennorrhagie uréthro-génitale, chez laquelle la membrane hymen était complète. Ces cas prouvent que, quand on a contracté la chaude-pisse avec une vierge, il faut bien se garder de la rapporter toujours à un échauffement banal, ou si on le veut à de l'irritation, à de l'inflammation simple, les signes physiques de la virginité n'étant pas ceux de la sagesse, qui, comme on le sait, n'en a malheureusement pas.

Laissant ces digressions, qui ne paraîtront peut-être pas sans utilité, et cherchant quelque chose de plus positif sous le rapport du diagnostic différentiel entre les écoulemens virulens et ceux qui ne le sont pas, nous avons eu recours à l'inoculation, qui vient de faire le sujet d'un mémoire lu à l'Académie royale de médecine, et nous avons trouvé que la matière de la blennorrhagie prise à la surface de la muqueuse vulvaire, vaginale et utérine, lorsqu'il n'y avait pas de chancres, et inoculée à l'aide de la lancette, comme nous le ferons connaître plus tard, n'a jamais rien produit; tandis que de la matière prise à la surface d'un chancre nous a constamment donné une pustule caractéristique. Nous avons dû conclure, d'après plus de cent expériences, qu'il n'y avait pas de blennorrhagie virulente qui pût donner lieu à un chancre, à moins qu'elle ne fût elle-même compliquée de chancres, et que par conséquent toutes les fois qu'une femme avait communiqué un chancre véritable à un homme, elle devait elle-même en être affectée, ou renfermer momentanément, dans ses organes, de la matière de chancre

distincte de son écoulement blennorrhagique, et déposée dans un coït antérieur par un individu affecté de chancres.

3^o Enfin privée incontestablement de ce caractère (la possibilité de produire *des chancres inoculables*), il n'est qu'une espèce de blennorrhagie virulente; c'est celle qui, bien observée pendant tout son cours, et n'étant pas compliquée, ce dont on peut mieux s'assurer chez les femmes par la facilité avec laquelle les organes sont vus dans presque toute leur étendue, est cependant suivie de symptômes consécutifs, tels que les papules muqueuses, etc.; et alors la présence de ces symptômes est le seul caractère qui puisse rendre le diagnostic précis.

Ici je ne puis passer un fait sous silence, c'est que la papule ou pustule muqueuse, qui pour tout le monde est un signe incontestable de vérole, présente cette particularité bien remarquable, qu'il est impossible de l'inoculer à la lancette, soit qu'on prenne de la matière sécrétée à sa surface, soit qu'on prenne l'écoulement qui l'accompagne ou la précède.

Quant à la contagion par le coït de blennorrhagie accompagnée de pustules muqueuses, elle est loin d'être constante. Voici ce que nous avons observé : Quelquefois, à l'hôpital, nous avons eu, en même temps, l'homme et la femme affectés de blennorrhagie accompagnée de papules ou pustules muqueuses; mais le plus souvent les deux individus étaient affectés de blennorrhagie, et un seul présentait des pustules muqueuses. J'ai récemment recueilli, dans ma pratique privée, une observation remarquable que voici : J'avais traité un monsieur d'un chancre du prépuce; un traitement mercuriel avait été employé. Trois mois après sa guérison, il se maria; avant ses noces, il me consulta de nouveau, pour s'assurer s'il était tout-à-fait sain. Dans un cas semblable, je dus apporter la plus grande attention à l'examen que j'avais à faire : les organes de la génération furent trouvés à l'état normal; il n'existait aucune trace d'ulcération primitive; il n'y avait, actuellement, aucun écoulement (le malade n'en avait jamais eu); aucun symptôme consécutif ne se montrait, soit à la peau, soit aux os, soit à la gorge. Trois mois après son mariage, ce monsieur me fit appeler pour sa femme qui, me dit-il, avait *de gros boutons aux parties*. Je l'examinai, je la trouvai enceinte de trois mois, affectée d'une blennorrhagie uréthro-génitale et d'une éruption, des plus étendues et des plus confluentes, de papules muqueuses : elle en avait depuis le mont de Vénus jusqu'au coccyx, et jusqu'à mi-cuisse. Je demandai à son mari s'il avait continué d'avoir des rapports avec elle; il me répondit qu'il n'avait pas cessé d'un jour ! Eh bien ! ce monsieur, comme au moment de son mariage, ne présentait aucun symptôme de maladie, soit primitive, soit consécutive; sa femme devait donc être malade avant son mariage, et depuis elle ne lui avait rien communiqué, dans les rapports fréquens qu'ils avaient eu. Nous avons vu des femmes affectées en même temps de blennorrhagie, de pustules muqueuses et de chancres. La blennorrhagie et les pustules muqueuses ne pouvaient jamais s'inoculer à la lancette, tandis que par ce moyen, avec la matière du chancre, on produisait une pustule toujours

la même, dont nous avons donné l'histoire ailleurs, et que nous publierons bientôt. Ces femmes communiquaient à quelques hommes des blennorrhagies seulement, ou des chancres, et à d'autres les deux affections en même temps.

Pour ce qui est des autres symptômes consécutifs à la blennorrhagie, leur histoire ne me paraît pas encore assez nettement faite pour qu'ils puissent servir au diagnostic. Les complications n'ont guère plus de valeur; et laissant de côté l'ophtalmie blennorrhagique sur laquelle on est si peu d'accord, pour ne m'occuper que des bubons, voici ce que l'expérience m'a appris : Dans la blennorrhagie chez la femme, les ganglions inguinaux peuvent s'enflammer et suppurer, et cela plus particulièrement quand l'urèthre est affecté; mais, à moins de chancres des parties génitales, ce qui constitue une autre maladie, les bubons n'ont jamais été virulens; c'est-à-dire que les écoulemens dont ils semblaient dépendre ne s'inoculant point à la lancette, jamais le pus qu'ils ont fourni n'a pu s'inoculer; tandis que le pus du bubon ganglionnaire, suite de chancre, a toujours produit, par l'inoculation, la pustule caractéristique.

4^e On sait trop à quoi s'en tenir aujourd'hui, relativement aux traitemens spécifiques, pour regarder leur action comme décisive, sous le rapport du diagnostic; aussi je ne m'arrêterai pas à prouver leur peu de valeur.

Nous devons donc conclure, de tout ce qui précède, qu'à moins de l'existence actuelle de symptômes consécutifs, qu'il faudra encore bien déterminer, on reste, sous le rapport du diagnostic, dans la plus grande incertitude, ne pouvant de bonne foi reconnaître que l'altération matérielle des parties, et de leurs sécrétions, sans pouvoir rien deviner de la nature intime de la maladie, ou de son essence, si l'on peut s'exprimer ainsi, et se trouvant réduit à constater l'urétrite, la vaginite, ou le catarrhe utérin, sans pouvoir rien dire de plus; car au-delà tout n'est que probabilité et le plus souvent erreur.

Si le diagnostic est aussi peu certain, le pronostic doit être lui-même bien vague, non pas lorsqu'il s'agit de prévoir l'issue, comme inflammation, d'une urétrite, d'une vaginite ou d'un écoulement utérin; mais lorsqu'il s'agira de prévoir les suites d'une blennorrhagie quant aux symptômes consécutifs et à la possibilité de déterminer la syphilis constitutionnelle, ou une infection générale.

Dans un prochain article, je traiterai des complications et du traitement.

RICORD, chirurgien de l'hôpital des vénériens.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

La thérapeutique est sans contredit la partie la plus importante des connaissances médicales; et s'il est vrai de dire qu'elle est presque impossible sans certaines études préliminaires, il est incontestable aussi qu'en elle se résout toute la médecine comme science et comme art. La médecine, comme science, doit toujours être étudiée dans le but d'appliquer à l'homme les vérités

qu'elle rencontre; c'est ce but, cette considération dominante qui la définissent; c'est toujours là qu'elle vise, c'est pour cela qu'elle emprunte à toutes les autres sciences. Comme art, la médecine est bien plus encore dans la thérapeutique; le médecin n'est appelé auprès du lit d'un malade, que pour y faire de la thérapeutique. La thérapeutique est donc la partie la plus utile de l'art le plus utile que les hommes aient inventé. Pourquoi faut-il que ses applications salutaires soient mêlées de tant de dangers? Et pourquoi ne nous est-il pas toujours donné de savoir positivement, un malade étant étudié, ce qu'il faut faire pour le guérir?

Mais malheureusement combien de choses nous échappent encore dans l'étude du sujet que nous avons à traiter, du mal dont il se plaint, du remède qu'il conviendrait d'y appliquer! Combien sont incertains les signes à l'aide desquels on peut deviner les dispositions particulières du malade! On sait aussi, quoique dans la plupart des cas un praticien exercé reconnaisse assez facilement la maladie à laquelle il a affaire, combien souvent les symptômes trompent la consciencieuse expérience, malgré les pas immenses faits dans cette voie par la médecine moderne. Et si nous ajoutons à ces causes d'assez fréquentes aberrations les systèmes dans lesquels se jette l'esprit humain, faible et borné comme il est, négligeant d'un côté et exagérant de l'autre, nous ne pourrions nier qu'il est facile quelquefois de se tromper sur un malade, sur une maladie, et par conséquent sur le traitement. Alors, à moins qu'on ne prétende que toutes ces connaissances sont indifférentes, que tous les maux cèdent au même remède, que tous les malades doivent être traités de même, on est forcé de gémir sur les illusions de la science et l'incertitude de l'art.

L'observation de l'homme exécutant ses diverses fonctions nous le montre sans cesse en rapport avec des corps extérieurs qui agissent sur lui et sur lesquels il réagit lui-même avec plus ou moins de puissance. Ces corps extérieurs ne se comportent pas toujours de la même manière à son égard; tantôt ils conservent la santé; d'autres fois ils l'altèrent, et de nouvelles fonctions, des fonctions morbides viennent changer complètement la manière de sentir de l'homme qu'on connaissait. Il est sans doute important et difficile de savoir les modifications que toutes les influences extérieures ou intérieures font subir aux diverses fonctions; mais la question devient plus compliquée encore quand il s'agit de connaître positivement des choses si cachées, non seulement dans l'organisme à l'état de santé, mais encore à l'état de maladie. Combien de siècles ont dû se perdre dans ce dédale avant qu'on eût acquis là dessus quelques notions claires! Combien d'expériences ont été nécessaires! Combien d'hommes pour ces expériences! Et pourtant, arrivée à ce point, la science n'est pas encore applicable, et vous n'êtes encore que sur le seuil de la médecine. Une science bien plus longue, bien plus difficile que les deux autres, reste à faire. Comment établir des rapports certains entre le malade et le modificateur nécessaire pour rappeler la santé? En supposant connus les deux éléments de toute thérapeutique, la maladie et les influences exté-

rieures, comment les rapprocherez-vous ? Comment conclurez-vous que telle chose dans tel cas est utile, telle autre nuisible, et réciproquement ? Le malade est là, souffrant, pressant ; sa vie dépend du parti que vous allez prendre, que consulterez-vous pour vous décider ?

L'expérience, répondra-t-on d'abord. Oui, certes, l'expérience est la seule autorité raisonnablement admissible en semblable matière ; mais entre toutes les expériences, à laquelle croirons-nous ? Toujours l'expérience a été invoquée par les systématiques ; elle a toujours répondu pour leurs partisans en faveur de l'oracle, quelque contradictoires que fussent d'ailleurs les moyens médicaux, dont ils ont tour à tour conseillé l'usage. Successivement et en invoquant l'expérience on a vanté la médecine de Galien, celle de Boerhaave, celle de Stoll, celle de Brown, celle de Pinel, celle de M. Broussais.

A consulter les livres de leurs partisans, il serait bien simple et fort aisé de se laisser guider par ces grandes autorités, si solidement appuyées, si chacune d'elles avait été seule ; mais malheureusement pour ces génies, chacun d'eux a attaqué ce qui avait été avancé par ses prédécesseurs, et l'expérience de chaque nouveau système a détrôné ce qui passait pour vrai dans les systèmes précédens. Or, à coup sûr, l'expérience n'a pas pu répondre oui et non, et donner raison aux uns sans donner tort aux autres ; de là, la nécessité de rechercher qu'elle est la bonne expérience. Mais comment procéder à cette recherche ? Où trouver la vérité ? A quels caractères la reconnaître ? Quel fil saisir dans ce labyrinthe ? En appellerons-nous chacun à notre propre expérience ? mais qu'est-ce que l'expérience d'un seul ? Qu'est-elle elle-même à la fin de la plus longue carrière, et à plus forte raison pendant la première moitié ? D'ailleurs, n'est-elle pas limitée toujours à certaines contrées ? Où en serait-on s'il fallait que tous les faits vinssent de toute nécessité se faire juger par chacun de nous ? D'ailleurs, pour valider toute expérience, il faut certaines données, soit du malade, soit des circonstances extérieures, qui ne se représentent pas toujours matériellement pareilles, et dont l'esprit est seul juge. Qui saura dès lors si nous avons bien ou mal jugé ; si nous ne nous sommes pas trompés sur le malade, sur la maladie, sur les analogies des différens cas ; si nous n'avons pas attribué à certaines circonstances des phénomènes qui n'en dépendent pas ; en un mot, si ces premières appréciations des bases de notre jugement, n'entacheraient pas d'erreur capitale ce premier jugement lui-même et les inductions que nous en pourrions tirer plus tard.

Quant à la méthode essayée dans ces derniers temps pour déterminer par des chiffres, (sur un nombre donné de malades, on cherche combien ont guéri par telle ou telle méthode, combien par telle ou telle autre), la valeur de l'expérience en thérapeutique, il est impossible de se dissimuler qu'elle abuse d'une apparence de régularité. En effet, tous les malades ne se ressemblent pas, toutes les maladies sont différentes ; presque toujours on emploie simultanément plusieurs moyens dont l'action particulière peut exciter, arrêter ou changer l'effet de ceux qu'on calcule, et d'ailleurs, la nature travaillant en même temps que le médecin, il devient impos-

sible de démêler par chiffres ce qui appartient dans le résultat à l'un ou à l'autre.

Ainsi l'étude de la thérapeutique, la partie la plus importante de la médecine, est remplie d'écueils, et si nous ne manquons pas tout-à-fait de pilotes habiles, au moins nous n'avons pas une boussole sûre, qui indique d'une manière invariable la route que nous devons tenir. L'histoire du passé, la contemplation du présent, nous montrent beaucoup de naufrages, et nous nous trouvons sans cesse dans la nécessité, soit d'explorer des régions inconnues sur lesquelles nous nous trouvons jetés, soit de chercher à chaque instant, parmi les débris dont nous sommes entourés, une planche de salut.

Que pouvons-nous donc faire de mieux, puisque nous n'avons pas une règle fixe, invariable, que de chercher quelque méthode qui nous conduise, par approximation aussi rigoureuse que possible, à d'utiles vérités ?

Je vais tâcher d'expliquer par des exemples comment j'entends cette méthode.

On remarque que le sulfate de quinine, prescrit à doses convenables, guérit très bien les fièvres intermittentes ; on tâtonne pendant quelque temps ; on hésite sur les doses, mais viennent des observateurs plus hardis qui les donnent plus largement : à des doses élevées on voit disparaître les accidens qui avaient résisté à des doses moins fortes ; on ne remarque pas qu'il résulte d'accidens de ces tentatives, quand on a véritablement affaire à une fièvre intermittente, et, je dirai plus, aux différentes affections que les fièvres intermittentes traînent souvent à leur suite. Ainsi tout récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bally, nous avons vu s'améliorer d'une manière notable une cachexie profonde, suite de fièvre intermittente, qui avait résisté à quinze grains de sulfate de quinine et qui céda à quatre gros de la même substance pris en cinq jours consécutifs. Des exemples de cette sorte, et qu'on pourrait citer ici en fort grand nombre, se répètent assez souvent. Il est facile d'en tirer les inductions suivantes :

1^o La sulfate de quinine guérit les fièvres intermittentes et les accidens qui en dépendent.

2^o Quand il ne les guérit pas c'est qu'il n'a pas été donné à assez fortes doses.

3^o De ce qu'il en faille quelquefois des quantités assez considérables pour guérir, il ne s'ensuit pas que toujours ces hautes doses soient nécessaires ; dans les cas les plus ordinaires des doses beaucoup moindres suffisent.

On arrive ainsi, en compulsant les auteurs et en les comparant avec ce qu'on voit chaque jour, à des données très positives sur ce sujet ; tellement que je n'hésiterais jamais à promettre à jour nommé la guérison des fièvres intermittentes et de leurs conséquences quelles qu'elles fussent ; mais je déclare que, dans ce cas, je ne reculerais devant aucune dose de ce médicament quelque grande qu'elle fût, si je la jugeais nécessaire ; mon expérience ne me laisse aucun doute sur la constante innocuité du sulfate de quinine.

J'ai pris ici, pour ne pas compliquer la question, le plus simple et le plus sûr de nos spécifiques ; malheureusement nous en avons peu dont l'efficacité soit aussi constatée, et l'action de la plupart de ceux que nous pourrions citer encore serait

susceptible de controverse ; aussi ne la soutiendrai-je pas ici , et, pour passer sur le champ à l'autre extrême , au lieu d'un cas connu , celui que je viens de citer , où toute la médecine consiste seulement à mettre le remède en présence de la maladie , je prendrai une des maladies sur lesquelles l'expérience peut paraître douteuse , par exemple , les accidens primitifs de la syphilis. Si je consulte à ce sujet les auteurs et l'expérience , je trouve :

1° Que les préparations mercurielles ont été conseillées.

2° Que le traitement dit antiphlogistique a été préconisé.

3° Que ces deux sortes de traitemens ont été conseillés avec raison , puisque des hommes dignes de foi citent de nombreux succès par l'un et par l'autre.

4° Que ceux qui ont le plus insisté sur l'utilité des préparations mercurielles , ont recommandé auparavant quelques jours de régime , quelques boissons pendant l'administration desquelles on ne donnait pas encore le mercure ; ils ont constaté que de toute autre manière , et données d'emblée , les préparations mercurielles ne réussissaient pas aussi bien.

5° Que pendant tous les premiers temps de la maladie , le traitement antiphlogistique réussit merveilleusement à ses partisans , et que le traitement expectant de ceux qui vantent surtout le mercure ressemble singulièrement au traitement antiphlogistique modéré.

6° Que l'abus des mercuriels a produit fréquemment des accidens analogues à la syphilis constitutionnelle.

7° Que quelquefois après un traitement antiphlogistique bien conduit , la syphilis n'en a pas moins continué ses progrès.

De ces observations , dont , je l'espère , personne au monde ne peut contester la vérité , je conclus , non pas mathématiquement , ce qui serait absurde , mais logiquement , ce qui suffit , que :

1° Les moyens dits antiphlogistiques conviennent dans les premiers temps de la maladie , tandis que les mercuriaux ne conviennent pas.

2° Que les premiers doivent être employés tant que l'on voit le mal s'amender sous leur influence et même tant qu'on ne voit pas survenir d'autres accidens évidemment syphilitiques.

3° Que les mercuriaux conviennent quand les antiphlogistiques ont produit tout le bien qu'on peut raisonnablement en attendre , et que les accidens consécutifs dont je parlais tout à l'heure se montrent.

4° Enfin , pour tout résumer en un mot que les antiphlogistiques conviennent tant que les accidens se bornent à ce qu'on désigne généralement par inflammation , et que les mercuriaux conviennent quand les accidens vont au-delà.

Ce sont ces convenances que j'appelle indications , et c'est cette étude d'indications qui fait le véritable médecin. En les suivant , pour le cas qui nous occupe , je suis sûr qu'on ne se trouvera jamais en-deçà , mais aussi qu'on n'ira jamais au-delà de ce qu'il faut faire ; en les étudiant bien , la thérapeutique des maladies les plus compliquées devient aussi claire et aussi simple que celle des fièvres intermittentes , dont je parlais tout à l'heure.

Je viens d'en dire assez pour faire comprendre ici ce que j'entends par l'étude des indications : je me propose d'y revenir plus au long et avec plus de détail dans un prochain numéro.

S. SANDRAS , agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LA PÉRIODE EXTRÊME DU GROUP.

(Deuxième partie.)

Il existe à ma connaissance vingt et un cas de trachéotomie pratiquée dans la période extrême du croup. Sept malades ont été sauvés , savoir : cinq par M. Bretonneau , un par M. Bulliard et un par moi , etc. Comme chez les vingt et un malades , cette opération n'a été tentée que lorsque la mort était inévitable , et qu'il ne restait aucun autre moyen de salut , il est du devoir d'un praticien consciencieux , de ne pas négliger une dernière ressource qui , en définitive , laisse encore assez de chances.

L'opération est facile , on ne saurait trop le répéter : et j'en juge par moi qui ne me livre qu'accidentellement à la pratique de la chirurgie , j'en juge également par M. Bretonneau , qui ne fait qu'assez rarement de grandes opérations chirurgicales.

L'opération est facile , et , de plus , elle doit être rarement dangereuse , puisque , de vingt et un malades opérés , pas un seul n'a éprouvé le moindre accident dépendant de l'opération elle-même : aussi devons-nous nous efforcer de la vulgariser , et nous y parviendrons , je l'espère , en indiquant les moyens de la rendre utile.

Quelque facile que soit la trachéotomie , elle n'en est pas moins effrayante pour ceux qui ne l'ont point encore pratiquée. Il est impossible , dans un grand nombre de cas , d'éviter les veines thyroïdiennes situées au-devant de la trachée (Voir la planche du premier numéro) , qui ont un volume d'autant plus considérable et qui donnent d'autant plus de sang que la respiration est plus embarrassée. Il est toujours très difficile , souvent impossible et quelquefois dangereux de lier ces vaisseaux. Il faut , malgré l'hémorrhagie , poursuivre rapidement l'opération , et se presser d'ouvrir la trachée. L'introduction du sang dans les canaux aériens est rarement à craindre , et si un malade , pendant l'opération , est mort entre les mains d'un de nos plus habiles chirurgiens , il faut peut-être attribuer ce malheur plutôt à l'introduction de l'air dans les veines thyroïdiennes et dans le cœur , qu'à l'oblitération des bronches par la présence du sang. Aussi , tant que dure l'opération , il est nécessaire de faire maintenir une petite éponge dans l'angle inférieur de la plaie. Cette précaution a le double avantage de s'opposer assez efficacement à l'hémorrhagie , et d'empêcher l'air d'être attiré dans les veines pendant les grands mouvemens d'inspiration , accident immédiatement mortel , ainsi que l'a démontré M. Dupuytren (1).

(1) Je crois encore que , chez l'homme , l'introduction de l'air dans les veines est le plus grave des accidens qui puissent accompagner les opérations chirurgicales ; mais il ne me faut rien moins que l'imposante autorité pratique de M. Dupuytren pour me soumettre à cette opi-

Mais, sitôt que la trachée est ouverte, il faut, à l'instant même, mettre le malade sur son séant le col penché en avant pour que le sang s'écoule au dehors et que l'air puisse pénétrer dans les bronches. Alors le sang s'arrête de lui-même, quelque abondante qu'ait été l'hémorrhagie.

Pour maintenir béante la plaie, on se sert de deux airignes mousses, ou bien encore de deux épingles à friser que l'on recourbe vers la pointe et avec lesquelles on accroche la trachée. On attend ainsi que le malade ait entièrement expectoré le mucus, les fausses membranes et le sang qui se trouvaient dans les conduits aériens. Dès que la respiration est calme, on introduit une canule courbe, un peu aplatie latéralement, et assez large pour représenter le diamètre normal de la glotte, ce qui est une condition indispensable. — La canule est maintenue par deux fils que l'on noue derrière le cou.

Peu de praticiens possèdent une canule convenable, et la marche du croup est tellement rapide qu'on n'a pas le temps d'en faire fabriquer avant l'opération. Je ne saurais trop insister sur ce point, savoir : Que si l'on se sert d'une algalie, fût-elle du n° 12, on n'a encore qu'une ouverture insuffisante, comme on peut s'en assurer soi-même en essayant de respirer uniquement par l'ouverture d'une sonde du plus gros calibre. — J'indiquerai donc ici les moyens de suppléer à l'instrument dont M. Bretonneau et moi nous sommes servis. Une grosse plume de cygne recourbée à la chaleur, et émoussée sur le feu à l'extrémité qui doit s'introduire dans la trachée, remplace avantageusement la canule. — Le bout du tuyau d'un petit soufflet peut remplir le même but ; si on le courbe sur un clou qui sert de mandrin et si on l'aplatit légèrement. — On peut encore fabriquer aisément une canule avec une balle de plomb que l'on amincit en feuille et que l'on roule autour d'un petit mandrin de bois auquel on donne la forme et la courbure convenables. — Un moyen beaucoup plus simple est le suivant : On courbe dans la forme d'une pincette à feu un morceau de fil d'archal d'un calibre assez considérable, les deux extrémités sont recourbées en dehors en éperon mousse d'une ligne de longueur. On donne aux deux branches de son petit instrument un écartement tel, que, les deux extrémités étant

nion. En effet, les expériences tentées sur les animaux vivans démontrent que l'introduction d'une faible quantité d'air dans les veines est rarement mortelle, et qu'il n'est pas toujours facile de tuer un cheval, même en injectant dans le système sanguin une masse d'air considérable. Je vais rapporter succinctement deux des expériences tentées par M. Liégard, et consignées dans le *Journal de médecine vétérinaire*, numéro de décembre 1832. — *Première expérience.* M. Liégard injecta trois litres d'air dans la veine jugulaire d'un cheval : l'animal ne mourut qu'une demi-heure après. — *Deuxième exp.* La même expérience fut répétée sur un autre cheval. La respiration seulement parut très agitée, le calme était rétabli au bout de vingt minutes. — Nouvelle insufflation d'air. Dix minutes après le cheval tombe et éprouve pendant une demi-heure les symptômes les plus alarmans. — Puis il se relève et paraît tout-à-fait rétabli : il ne lui reste qu'une sorte de paralysie du membre thoracique du côté gauche. La paralysie se dissipe bientôt, et l'animal est entièrement rétabli cinq heures après le commencement de l'expérience.

introduites dans l'ouverture de la trachée, celle-ci soit maintenue parfaitement écartée. On fait alors rougir le fil d'archal et on le trempe. Par là, le fil acquiert assez d'élasticité pour que les deux extrémités libres se rapprochent sous la pression des doigts et s'écartent dès que l'on cesse cette pression. — Il est maintenant aisé de concevoir le mécanisme de l'instrument que je viens de décrire et auquel il a d'ailleurs été facile de donner toute sorte de courbures.

Dès que l'incision de la trachée est faite, on introduit simultanément les deux extrémités de l'instrument que l'on a réunies par la pression des doigts. Puis, dès qu'elles sont introduites, on cesse la pression, et, les branches de la pincette revenant à leur écartement naturel, la plaie se trouve largement ouverte. Cependant les deux crochets mousses qui terminent les branches de l'instrument empêchent que celui-ci ne s'échappe dans les efforts de toux et pendant les mouvemens de la respiration. Cet instrument, si léger et si commode à fabriquer, a l'inconvénient de se déranger quelquefois ; mais on le replace aisément. Il est préférable à la canule, en ce sens qu'il ne peut s'engorger, et qu'il laisse la trachée entièrement libre, de sorte que l'on peut pratiquer des injections, enlever le mucus, et nettoyer les canaux aériens avec la plus grande facilité ; mais si le médecin quitte le malade, ou s'il ne laisse auprès de lui quelqu'un sur qui il puisse compter, il faudra introduire une canule qui ne se déränge pas pendant son absence. Pour n'avoir pas pris cette précaution, j'ai eu la douleur de perdre dans le courant du mois d'avril dernier, une jeune fille de cinq ans et demi sur laquelle j'avais pratiqué la trachéotomie dans la période extrême du croup. L'enfant ne m'inspirait plus d'inquiétude ; je la quittai pendant la nuit, la confiant aux soins d'un de ses parens qui se disait étudiant en médecine et qui ne l'était réellement pas. Dans un effort de toux, l'instrument se déranga, la plaie de la trachée cessa de rester ouverte, et l'enfant fut en quelques minutes victime de l'impéritie de la personne à qui je l'avais confiée. Lorsque l'on n'a pas de canule, et qu'on est obligé de se servir de l'instrument que je viens de décrire, il faut avoir soin de rendre les deux crochets aigus, de manière qu'ils s'enfoncent un peu dans les cerceaux cartilagineux du larynx, ce qui ne peut avoir aucun inconvénient grave : de cette manière les deux branches de l'instrument sont solidement maintenues.

L'opération elle-même, ainsi que je l'ai dit dans le précédent numéro de ce journal, p. 5, n'est qu'une médication dilatoire. L'ouverture de la trachée permet que la respiration se fasse au dessous du larynx oblitéré ; elle n'empêche pas que la fausse membrane descende au-delà et qu'elle pénètre dans les bronches.

Or, il est bien rare qu'avant d'en arriver à l'opération le médecin n'ait pas tenté la plupart des médications indirectes que les auteurs conseillent, que l'habitude retient, et que l'augmentation pressante des accidens fait employer avec aussi peu de mesure que de précipitation. Il est donc arrêté déjà sur le peu de valeur thérapeutique des émissions sanguines, générales et locales, des vésicatoires, des sinapismes, des vomitifs, des purgatifs, des antispasmodiques,

Il a pu, dans le cas spécial qui l'occupe, constater l'inefficacité de ces divers moyens.

Que si, lorsque la fausse membrane s'étendait lentement de la gorge au larynx, il n'a pu faire qu'elle ne pénétrât pas dans les voies respiratoires; s'il n'a pu empêcher qu'elle n'oblitérât incomplètement le larynx et qu'elle ne descendit presque dans la trachée, est-il en droit d'espérer qu'il sera désormais plus heureux et qu'elle s'arrêtera aux limites que lui aura tracées l'ouverture artificielle des conduits aériens? Il devra évidemment recourir à d'autres moyens thérapeutiques.

Ces moyens, l'analogie nous les enseigne, et il est rare que l'analogie nous trompe en médecine pratique. L'expérience en effet adémontré que, dans la très grande majorité des cas, l'exsudation plastique, ou diphthéritique (pour me servir de l'expression de M. Bretonneau désormais consacrée), commençait par les amygdales et par la luette; que l'affection gagnait de proche en proche et qu'elle envahissait le larynx, où elle constituait la maladie plus vulgairement connue sous le nom de croup. L'expérience de tous les siècles a encore démontré que l'inflammation spéciale du pharynx qui produisait la sécrétion plastique n'était rapidement et avantageusement modifiée que par une médication topique énergique. L'alun employé jadis par Arétée et préconisé de nouveau par M. Bretonneau; l'acide muriatique vanté par Marteau de Grandvilliers et également mis en honneur par le médecin de Tours; enfin la solution saturée de nitrate d'argent, que M. Bretonneau regarde avec raison comme le meilleur moyen topique que l'on puisse opposer à la diphthérite pharyngienne: tels sont les principaux médicaments sur l'efficacité desquels l'expérience a prononcé aujourd'hui.

Or, si, à l'aide de ces divers agens mis immédiatement en contact avec la membrane muqueuse du pharynx, on modifie cette dernière de telle façon qu'elle cesse de sécréter des concrétions fibrineuses, qui empêchent de les appliquer aussi sur la membrane muqueuse des conduits respiratoires, et pourquoi n'agiraient-ils pas ici, comme ils agissaient sur la luette et sur les amygdales?

Déjà M. Bretonneau, et, à son exemple, presque tous les praticiens qui avaient vu la diphthérite sévir épidémiquement, avaient osé, dans le cas de croup, porter, par la bouche, une éponge imbibée d'acide hydrochlorique concentré ou d'une solution saturée de nitrate d'argent, et l'exprimer avec force sur l'ouverture supérieure du larynx (1): ils avaient constaté d'une part com-

bien était exempte de douleur et de dangers cette médication en apparence si hardie, et d'autre part combien grande était son efficacité.

Et d'ailleurs les expériences tentées par M. Bretonneau, celles que moi-même j'avais répétées, démontraient que le contact du nitrate d'argent avec une membrane muqueuse ne déterminait d'eschare que lorsqu'il était long-temps prolongé; et encore, dans ce cas, l'eschare était-elle très superficielle.

Pourquoi donc eût-on craint de l'appliquer sur la membrane muqueuse de la trachée et des bronches? M. Bretonneau l'osa faire, et l'on a vu, par l'observation que j'ai rapportée, avec quelle audace j'avais suivi l'exemple de mon savant maître. — La solution caustique dont je me sers est la suivante: Nitrate d'argent, un gros; — eau distillée, deux gros.

La méthode que j'ai suivie pour porter le caustique dans les voies respiratoires est évidemment mauvaise, et c'est un devoir pour moi de prémunir les praticiens contre un *modus faciendi* qui, pour avoir été suivi de succès, n'en est pas moins fort dangereux. On a vu comment j'instillais dans la trachée et dans les bronches 15 ou 20 gouttes de solution de nitrate d'argent, comment j'avais répété cette opération trois jours de suite et plusieurs fois chaque jour: certes, malgré cette énorme dose, il ne m'a pas été possible de produire la plus légère eschare, et la pneumonie, s'il y en a eu, n'a rien offert d'inquiétant. Cette injection n'est donc pas dangereuse par l'inflammation qu'elle cause; mais *uniquement par la coagulation de l'albumine, qui en est la conséquence immédiate*. En effet, on sait que le mucus, en contact avec une solution un peu concentrée de nitrate d'argent, est converti sur-le-champ en une masse analogue à du blanc d'œuf cuit. Si donc les bronches sont remplies de mucus, il peut arriver qu'elles soient oblitérées par l'albumine durcie, et que la mort en soit la conséquence. Ce malheur m'est arrivé l'année dernière chez un enfant de deux ans et demi que j'avais opéré. J'instillai dans la trachée sept ou huit gouttes de la solution caustique, et, à l'instant même, il survint des symptômes d'asphyxie qui furent très promptement mortels. — Et si, chez l'enfant que j'ai opéré avec succès, je n'ai pas eu à déplorer un pareil malheur, c'est que, chez lui, les bronches étaient larges, et que d'autre part il expectorait vigoureusement dès qu'on instillait le nitrate d'argent.

Ce n'est donc plus à l'instillation que j'ai maintenant recours, mais à la méthode conseillée et constamment adoptée par M. Bretonneau.

Je munis d'une petite éponge une tige de ba-

(1) On sait de quelle manière on doit porter le caustique. On prend une baleine d'une ligne et demie de diamètre, et on la choisit de ce volume pour qu'elle ne se ploie pas trop facilement. On la fait chauffer sur la flamme d'une bougie, à un pouce à peu près de son extrémité, et, quand elle est suffisamment ramollie, on la recourbe, de manière à former un angle droit. Alors, à l'extrémité de la tige de baleine, on pratique une entaille circulaire et profonde, et on y attache fermement une petite éponge de forme sphérique et de six lignes de diamètre. On imbibe l'éponge d'une solution de nitrate d'argent, jusque là qu'elle ne laisse dégoutter la liqueur caustique que si on exerce une légère pression. Cela fait, on fait ouvrir largement la bouche du malade, on abaisse la base de la langue avec une cuiller, et

l'on introduit le porte-caustique. Dès que l'on a dépassé l'isthme du gosier, on heurte la paroi postérieure du pharynx avec l'angle de la tige de baleine: un mouvement de déglutition s'opère aussitôt, qui porte le larynx en haut. On saisit ce moment pour ramener en avant l'éponge que l'on avait enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage; par cette manœuvre on revient sur l'entrée du larynx en relevant l'épiglotte, et alors, appuyant fortement sur la base de la langue avec la portion de baleine qui se trouve dans la bouche, on exprime l'éponge dans le larynx, ce en quoi on est merveilleusement servi par les convulsions du pharynx, et par les efforts que fait le malade pour aspirer l'air dont le passage est intercepté. — Cette opération dure rarement plus d'un quart de minute.

leine arrondie, mince et très flexible, et, imbibant cette éponge avec deux ou trois gouttes de solution, je porte mon instrument de haut en bas à une profondeur aussi grande que possible; puis, en le ramenant, je lui fais exécuter des mouvemens de manière à mettre le caustique en contact avec tous les points de la membrane muqueuse.

Cette opération est si peu douloureuse, que les enfans endormis ne se réveillent pas, mais au contraire ils donnent des signes d'une extrême sensibilité si on touche par hasard les lèvres de la plaie extérieure.

Il est très important de renouveler les cautérisations trois ou quatre fois, les deux premiers jours, et deux fois seulement les deux jours suivans. Plus tard ce soin devient inutile, la sécrétion de la membrane muqueuse est modifiée de manière qu'il n'y a plus de danger à cesser l'application du médicament. Si pourtant après quatre jours on voyait encore, pendant les efforts de toux, sortir quelques fragmens de fausses membranes, il ne faudrait pas craindre de recourir encore au nitrate d'argent.

Je ne saurais trop répéter que ces cautérisations ne laissent aucune trace. Au moment où la solution caustique vient de toucher la membrane muqueuse, celle-ci devient blanche, et cette coloration disparaît avant que deux heures se soient écoulées. Et lorsqu'ainsi on a plusieurs fois touché la trachée, on est tout étonné que la tunique interne des conduits aériens n'offre presque aucun vestige d'inflammation.

Toutefois, bien que les enfans n'accusent aucune douleur dans le trajet des bronches, je n'en agis pas moins comme s'il existait une phlegmasie très violente de la membrane muqueuse qui les tapisse; et j'ai soin d'injecter de l'eau au moins une fois par heure, pendant tout le temps que je crois nécessaire de me servir du nitrate d'argent.— Ces injections, dont la quantité peut être évaluée à dix, quinze, et jusqu'à trente gouttes, ont encore l'avantage de provoquer quelques efforts de toux et d'entraîner au dehors le mucus et les fausses membranes. Je ne erois pas nécessaire de rassurer les praticiens sur l'innocuité de ces injections; je dirai pourtant que j'ai souvent, dans des expériences tentées sur les animaux vivans, laissé couler dans la trachée une si grande quantité d'eau que le liquide remplissait presque ce conduit: l'animal expectorait une partie de l'eau, et le reste était absorbé avec tant de facilité, que l'on pouvait, peu de temps après, recommencer l'expérience. Il est remarquable qu'il survenait à peine un peu de trouble de la respiration. Et, pour ne pas citer d'expériences tentées sur des animaux étrangers à l'homme, qui ne voit que les bronches peuvent, dans les plus simples catarrhes, contenir une quantité de mucus dix fois plus considérable que la quantité d'eau dont nous nous servons pour nos injections?

J'en ai dit assez sur la médication topique; je vais insister maintenant sur quelques pratiques en apparence minutieuses, et sans lesquelles toute chance de réussir nous est enlevée.

Lorsque l'on a appliqué une canule, le malade tousse d'abord avec violence, puis, dès que la première impression de l'instrument a cessé de se faire sentir, un grand calme succède à l'a-

gitation. Cependant, de temps en temps, la toux ramène dans la canule, du mucus ou des débris de fausses membranes; il faut être attentif auprès de l'enfant, et enlever avec une éponge placée à l'extrémité d'une petite tige de baleine les corps étrangers qui engouent la canule. Sans cette précaution, le conduit artificiel s'oblitére quelquefois dans l'espace de moins d'une heure, et il faut alors l'enlever pour le nettoyer, ce qui nécessite des manœuvres quelquefois difficiles et toujours douloureuses. Cependant, quelque soin que l'on apporte à enlever le mucus qui vient embarrasser la canule, celle-ci finit par s'encrasser, et bientôt la respiration du malade s'embarasse d'autant plus que l'obstacle à l'introduction de l'air est plus considérable. La partie extérieure de la canule semble parfaitement libre, et, comme on ne voit pas la portion de l'instrument qui plonge dans la trachée, on n'imagine pas qu'elle soit en partie oblitérée et l'on ne sait à quoi attribuer la gêne croissante de la respiration. Que si la canule est enlevée, et remise en place après avoir été convenablement nettoyée, on voit cesser immédiatement la dyspnée. — De là résulte ce précepte thérapeutique: que la canule doit être enlevée et nettoyée toutes les six heures au moins pendant les quatre premiers jours, et ensuite, de moins en moins souvent, à mesure que le passage de l'air à travers le larynx se rétablit. Ce que je viens de dire ici explique comment si peu d'opérations de trachéotomie et de laryngotomie ont réussi avant M. Bretonneau, les chirurgiens négligeant complètement les préceptes nécessaires sur lesquels j'ai insisté dans le cours de ce mémoire.

Les instillations d'eau tiède et émollientes dans la trachée-artère ne devront pas non plus être négligées. Pendant les deux ou trois premiers jours on les répétera toutes les heures; plus tard elles deviendront moins nécessaires.

La plaie extérieure sera recouverte de ouate de coton de manière toutefois à ne pas nuire au passage de l'air. Le coton, outre les grands avantages indiqués par M. Mathias Mayor, de Lausanne (voy. le premier numéro de ce journal p. 9) aura celui de se pénétrer de la sérosité sanguinolente qui transsude en grande abondance surtout chez les enfans qui ont perdu beaucoup de sang avant l'opération: et ceci est d'autant plus important que cette sérosité, entraînée dans les bronches à chaque mouvement d'inspiration apporte certainement un notable empêchement à la sanguification pulmonaire. L'application de la ouate de coton servira encore à empêcher que la plaie ne s'enflamme trop violemment par son contact avec l'air.

Je terminerai ce travail par quelques conseils relatifs au régime qu'il convient de faire suivre aux malades.— Immédiatement après l'opération je leur fais donner un petit verre de vin chaud et sucré. Pour boisson, de l'eau d'orge, ou mieux du thé léger coupé avec du lait. Dès que la fièvre traumatique s'est établie, et que l'inflammation du cou est très violente, je laisse le malade à la diète absolue, me contentant de prescrire de l'eau de chiendent froide, ou même de l'eau pure. Cependant je n'hésite pas à accorder du lait ou quelques bouillons, même pendant la fièvre traumatique, si l'enfant a de l'appétit ou que la fièvre se modère; j'augmente ensuite rapide-

ment la quantité des alimens, car je regarde le régime légèrement analeptique comme une des conditions de succès de l'opération.

Dans ce mémoire, j'ai brièvement indiqué ce que mon expérience personnelle m'avait appris, et surtout ce que m'avait enseigné M. Bretonneau de Tours; c'est dans les leçons cliniques de mon excellent maître, dans ses observations bienveillantes, dans son immortel traité de la diphthérie, que j'ai puisé la plupart des utiles pratiques que j'ai indiquées tout à l'heure.

A. TROUSSEAU, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, méd. des hôpitaux.

SUR L'ARTHRITE SPONTANÉE AIGUE.

(Suite.)

PARTIE PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

Causes. — Des faits très-nombreux prouvent que l'arthrite spontanée aiguë est souvent la conséquence de l'action du froid : tels sont les cas cités par Giannini, d'après Haygarth, dans lesquels sur vingt et un rhumatismes, dix se sont déclarés le premier jour après l'impression du froid : tel est celui cité par Lebreton, dans lequel il s'agit d'un bataillon qui gravissait une montagne au moment où un vent glacé soufflait la neige avec violence. Plusieurs de ces soldats furent atteints de rhumatisme, et cela du côté du corps qui avait été exposé au courant d'air : tel fut encore le cas de Couthon, collègue de Robespierre, qui fut frappé d'un rhumatisme intense qu'il conserva toute sa vie pour s'être plongé dans l'eau froide, etc. Malgré ces faits et beaucoup d'autres, dont un grand nombre a plutôt trait à la lésion des muscles qu'à celle des jointures, il arrive souvent qu'on ne peut accuser le froid d'avoir produit l'arthrite aiguë spontanée. Sur nos douze premiers cas, il y en a cinq (obs. 1^{re}, 2^e, 4^e, 5^e, 6^e) où l'on ne trouve pas de cause qu'on puisse assigner à la maladie; il y en a cinq autres (obs. 3, 7, 8, 9, 11) où l'habitation dans des lieux humides où mal aérés a paru occasioner l'arthrite; dans un cas (obs. 10), des mouvemens très violens pendant une attaque d'hystérie semblèrent produire l'inflammation des jointures et dans le dernier (obs. 12), une marche forcée parut occasioner le même accident.

Les symptômes qu'ont présenté nos malades ont consisté :

1^o Dans des accidens locaux : tumeur, chaleur, rougeur des articulations, accumulation de synovie dans celles où il était possible de la reconnaître; douleur très vive augmentant par la moindre pression et rendant les mouvemens difficiles ou impossibles. Ces accidens locaux, après avoir parcouru leurs périodes en trois, quatre ou six jours dans une jointure, se sont ensuite prononcés de la même manière vers une ou plusieurs autres articulations;

2^o Dans des phénomènes généraux : de la fièvre, un pouls plein, fort, souvent fréquent, quelquefois rare, parfois ondulant; dans la plénitude des veines et dans l'activité de leur cir-

ulation, dans la rougeur des capillaires généraux, dans l'état de congestion des organes profonds; le sang tiré par la phlébotomie était le plus souvent couenneux, riche, épais, plastique, et contenait peu de sérosité par rapport au caillot; la peau était chaude, halitueuse, la respiration rare et lente.

Chez aucun de nos malades, il n'y eut de complications graves du côté des viscères. Dans un cas, une névralgie, et dans un autre des crampes vinrent se joindre au rhumatisme articulaire et résistèrent à tous les traitemens qu'on employa.

Durée avant le traitement : si, dans nos observations, on compte la durée des maladies avant le traitement, on trouve : que l'une dait de trois jours (obs. 7), l'autre de quatre (obs. 10), une autre de cinq (obs. 3), une de six (obs. 6), une de sept (obs. 8), trois de huit (obs. 1, 2, 8), deux de quinze jours (obs. 4, 9), une de trente jours (obs. 14), une de soixante (obs. 11), une de quatre-vingt-dix (obs. 12), et une dernière enfin d'un temps indéterminé (obs. 13). Dans tous ces cas, on avait à peu près abandonné l'arthrite à elle-même, ou on l'avait combattue par des moyens peu énergiques. Il paraissait devoir en être pour plusieurs de ces malades comme beaucoup de médecins le pensent du rhumatisme articulaire traité par des méthodes ordinaires, et il semblait, en effet, que cette affection devait durer en tout de six semaines à deux mois. D'après les relevés de M. Chomel, cette maladie, entre les âges de quinze et trente ans, se termine ordinairement avant le quarantième jour, et entre trente et quarante-cinq ans, après le quarantième jour. M. Martin Solon, sur vingt et un rhumatismes aigus observés à l'Hôtel-Dieu, avait cependant remarqué que cette maladie avait duré : dans un cas, six jours; dans deux autres, dix jours; dans quatre cas, de onze à quinze jours; dans six cas, de seize à vingt; dans trois, de vingt et un à vingt-cinq; dans trois autres, de trente à trente-cinq; et dans deux seulement, de quarante-deux à cinquante. Sydenham fait observer que le rhumatisme peut durer toute la vie.

Durée après le traitement. — Il importe davantage encore de savoir combien, dans les quatorze cas précédens, le rhumatisme a duré après le traitement. Or, cette durée a varié de 24 à 48 heures; dans un seul cas il y a eu une rechute, et la curation de celle-ci ne s'est pas fait plus attendre que celle de la première invasion de la maladie.

Nature de la maladie. — Dans l'arthrite spontanée aiguë deux faits capitaux se présentent :

1^o Une lésion locale qu'on ne peut révoquer en doute, et dont la nature inflammatoire paraît évidente : elle est en effet représentée par tous les caractères de l'inflammation franche et aiguë, et de plus, par le dépôt de liquide dans la synoviale. Personne ne s'aviserait de dire que la pleurésie n'est pas une inflammation, parce que la sérosité formée par la plèvre enflammée n'a pas le plus souvent l'apparence

du pus; de ce que l'affection d'une jointure, après avoir parcouru ses périodes sur un point, reparait sur un autre, cela ne prouve pas que la maladie ne soit pas inflammatoire; l'érysipèle change de place, et n'en est cependant pas moins une maladie essentiellement inflammatoire; d'ailleurs les observations de MM. Dupuytren, Cruveilhier, Vallerand de Lafosse, les miennes propres ont démontré, à la suite du rhumatisme, l'existence du pus dans les articulations. Ainsi, il y a ici une lésion locale, et cette lésion est inflammatoire.

2° Une altération du sang en général, et ce fait est pour moi non moins prouvé que le précédent: il est en effet difficile de se rendre compte autrement de la couenne inflammatoire quelquefois si épaisse, de la proportion considérable du caillot, de la petite quantité de sérosité qu'on trouve dans le sang des malades atteints de cette affection. Il y a dans ce cas surabondance d'un sang trop riche; de là les symptômes généraux qui se déclarent. L'état général précède-t-il l'état local ou le suit-il? Cette question est encore indécise. Il importe, pour le praticien, de savoir que ces états coexistent.

Traitement. — Les deux indications capitales dans le traitement de l'arthrite spontanée aiguë ont reposé chez nos malades sur les considérations précédemment établies :

1° Remédier à l'état général :

La diète absolue a été indispensable; mais seule elle aurait agi trop lentement et n'aurait pas suffi.

Les saignées, pratiquées en un petit nombre de fois, faites le plus tôt possible, et portées assez loin pour affaiblir le pouls et pour alléger presque immédiatement les douleurs, ont été d'une grande utilité. On n'a pas craint de tirer deux livres de sang et plus en une seule fois. Le malade était assis sur son séant; on s'arrêtait s'il se trouvait mal, ou si l'artère du bras élevée se déprimait, et on plaçait le rhumatisant sur un plan horizontal, alors la syncope n'avait pas lieu, les douleurs étaient presque à l'instant calmées : aussitôt qu'une exacerbation survenait et dès que le pouls avait repris de la force, on ouvrait encore la veine et on saignait largement, mais avec plus de précautions que la première fois. En général on faisait un très petit nombre de saignées, mais on les portait chacune assez loin. On redoutait comme inutile et comme affaiblissant en pure perte de petites évacuations sanguines répétées fréquemment. Les dix saignées pratiquées par Baillou, dans un cas et contre lesquelles s'éleva amèrement Pinel, auraient fait place avec avantage à une forte saignée faite dès le début. Aussi un épistaxis énorme guérit-il plus tard le malade d'une manière subite. Il ne faut pas croire que dans le rhumatisme on ait employé suffisamment la saignée quand on aura tiré une ou deux fois, à un homme robuste, huit ou dix onces de sang; alors on soulage, on ne guérit pas, et le soir ou le lendemain au plus

tard les accidens reparaisent et se prolongent.

Les boissons aqueuses à haute dose ne sont pas moins utiles. C'est immédiatement après les saignées qu'elles sont le plus indiquées. Le but qu'on se propose, en les administrant, est d'étendre d'eau la sérosité plastique du sang ou d'augmenter la quantité de sérosité, si elle n'est pas plastique. Une demi-verrée d'une tisane quelconque doit être donnée tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Il faut cependant en administrer assez peu à la fois pour qu'elle soit absorbée dans l'estomac avant qu'on en donne d'autre. Il m'a paru plutôt dangereux qu'utile de laisser accumuler de l'eau dans cet organe. La percussion médiate apprendra si le liquide reste dans l'estomac, et fera aussi apprécier si les poumons, le cœur et le foie, conservent encore de grandes proportions de sang (1).

Des injections d'eau dans le rectum au nombre de trois ou quatre par jour, remplissent encore la même indication que les boissons.

2° Remédier à l'état local.

L'élévation des articulations malades *le plus haut possible* (pourvu que le malade n'en soit pas fatigué) au-dessus du niveau du tronc, est indispensable. S'il s'agit des genoux, des pieds, des poignets, du coude, on les soulève sur un plan formé par des oreillers. S'il est question de la hanche ou de l'épaule, on fait reposer le malade sur le côté opposé à la partie affectée, de telle sorte que celle-ci soit située plus haut que les autres régions du corps. De tous les moyens que j'ai employés, c'est celui-ci qui m'a paru le plus hâter la résolution, et ce ne serait pas suivre la méthode que je propose qu'employer les autres précautions et que négliger celle-ci. Vingt-cinq, trente, quarante sangsues, dans quelques cas, et dès le premier moment du retour des accidens après les saignées, seront appliquées sur celle des jointures qui sera la plus malade. Leur nombre, la quantité de sang qu'on laissera s'écouler, seront subordonnés à la force du sujet, aux résultats de l'examen des artères, des veines et des organes profonds.

Les membres malades seront recouverts de taffetas gommé et d'applications émollientes.

Dans les cas précédens d'arthrite spontanée aiguë (et ce sont les seuls que j'aie vus depuis que cette méthode a été suivie), je n'ai pas eu besoin d'avoir recours à d'autres moyens. Presque toujours, quarante-huit heures après le commencement du traitement, il n'y avait plus d'accidens, et la convalescence a été très rapide. En général, des saignées copieuses, mais rares, exténuent beaucoup moins que de petites saignées répétées, dont les effets affaiblissans sont augmentés par ceux de l'abstinence. Aussitôt que les malades demandaient

(1) Du procédé opératoire de la percussion médiate, p. 245 et passim. Chez Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis. 1830. Prix, 6 fr. et 7 fr. avec les thèses.

des alimens dès le troisième ou le quatrième jour, on leur en accordait, et ils passaient successivement, et d'un jour à l'autre, du quart à la demie et aux trois quarts. Le repos était prescrit pendant quatre ou cinq jours. Dans un cas, une rechute fut la conséquence d'un exercice trop violent.

Dans les très anciennes arthrites, avec déformation surtout, les larges vésicatoires m'ont mieux réussi que les saignées générales ou locales, et même que la méthode endermique.

Mon désir le plus vif serait que mes confrères obtinssent de la médication précédente des résultats aussi avantageux que ceux qui viennent d'être signalés. Je crois qu'il en sera ainsi, s'ils emploient de front les moyens que je propose. Cependant, bien qu'un succès constant dans 14 cas, *sans aucune exception*, doive donner quelque confiance dans une médication, j'avoue que je me défie encore de semblables succès, et qu'il est à souhaiter que de nouveaux faits viennent

appuyer ceux-ci. Il est de ces heureux hasards de pratique, de ces circonstances peut-être épidémiques qui font qu'on réussit aujourd'hui dans 10 cas, tandis que demain on échouera par les mêmes moyens dans 10 autres cas qui de prime-abord paraîtront semblables.

Peut être que d'autres praticiens réussissent tout aussi bien par des méthodes très différentes; en thérapeutique, c'est souvent moins telle espèce de moyens qu'on connaît, que telle médication qu'on sait bien employer, sur laquelle il faut compter, et la pratique apprend souvent que les traitemens qui au premier aperçu paraîtraient peu convenables sont sanctionnés par l'expérience. Toutefois si deux traitemens réussissent également, et si je raisonne mieux ce que je fais dans l'un d'eux, ce sera ce dernier qui, toutes choses égales d'ailleurs, me paraîtra devoir mériter la préférence.

P.-A. PIORRY, *agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié.*

MÉDECINE LÉGALE.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR UN CAS DE VIOL.

Nous soussignés, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de l'académie royale de médecine, et nous, chef des travaux chimiques de la faculté de médecine de Paris, membre de l'académie royale de médecine;

Sur l'invitation de...etc., avons procédé à l'examen et à l'analyse de taches existant sur une chemise et un drap, dans le but de déterminer si ces taches étaient dues à du sperme.

La chemise est d'une toile assez grosse, sa coupe indique qu'elle a appartenu à une femme; elle est salie à son intérieur et en arrière par des taches assez nombreuses qui sont évidemment produites par des matières fécales; en devant on observe plusieurs taches dues à une matière jaunâtre, ces taches sont en dedans de la chemise, aucune d'elles n'a pénétré toute l'épaisseur de la toile, de manière à être apparente au dehors. Une seule, située à la moitié de la hauteur de la chemise et à peu près à sa partie moyenne, laisse une trace grisâtre extérieurement; et, dans ce point, le linge offre plus de résistance, il est comme gommé.

Le drap est d'une toile très grosse, de couleur grise, sur laquelle on remarque une seule tache d'un gris plus foncé, ayant la forme d'un ovale irrégulier dont le grand diamètre a quatre pouces, et le diamètre transversal trois. Cette partie du drap est comme empesée.

Examen des taches de la chemise.

Nous nous sommes particulièrement attachés à l'examen et à l'analyse de celle des taches de la chemise qui était accompagnée d'une raideur plus grande. La forme allongée de cette tache, les traînées successivement décroissantes qui en constituent une partie, annoncent que cette tache résulte du contact d'une matière colorée qu'on a essuyée en exerçant un léger frottement. En l'observant à la loupe, on y distingue plusieurs parcelles plus épaisses, concrètes, desséchées à la surface de la toile, d'une couleur jaune foncée: ces petites écailles jaunâtres furent dé-

tachées avec le plus grand soin, et placées dans une capsule de verre avec un peu d'eau distillée.

Une portion de la toile, ainsi tachée, a été enlevée, coupée en plusieurs morceaux, qui ont été mis aussi dans une capsule de verre avec un peu d'eau distillée.

Enfin, pour éviter tout mélange de matières étrangères, les deux capsules ont été recouvertes de deux capsules plus grandes.

1° L'eau distillée qu'on avait versée sur les parties concrètes de la matière formant la tache est devenue trouble au bout de douze heures sans acquérir d'odeur particulière ni devenir alcaline.

2° Les parcelles de matière concrète qu'elle contenait se sont gonflées, ont augmenté de volume, sont devenues d'un blanc opaque; elles étaient solubles dans la potasse et dans l'acide sulfurique concentré sans se colorer. Desséchées de nouveau, ces parcelles opaques sont devenues jaunâtres et translucides.

3° Le linge enlevé de la chemise et qui avait été laissé douze heures à macérer dans de l'eau distillée n'offrait rien de poisseux au contact et à la pression, mais il dégagait une odeur urineuse très forte.

Analyse de la matière du drap de lit.

1° Les morceaux de cette toile plongés dans de l'eau distillée pendant vingt-quatre heures se sont humectés complètement; il se dégagait de la capsule une odeur ammoniacale et légèrement spermatique; mais après avoir été exprimés à plusieurs reprises entre les doigts, ces morceaux de toile répandaient une odeur de sperme excessivement prononcée, ils collaient aux doigts: ce qui démontrait que la matière formant tache contenait quelque chose de poisseux.

2° L'eau distillée dans laquelle les morceaux de linge avaient été plongés, réunie à celle qu'on en avait exprimée en les pressant entre les doigts, était d'un gris jaunâtre trouble, d'odeur fortement spermatique et légèrement ammoniacale,

ramenant au bleu le papier de tournesol rougi par un acide.

Une première portion de cette liqueur traitée par l'alcool a donné un précipité blanchâtre et floconneux.

Une seconde portion traitée par le chlore a fourni de même un précipité blanc et floconneux.

Une troisième portion traitée par le sous-acétate de plomb a donné le même résultat.

Une quatrième portion traitée par la teinture alcoolique de noix de galles a laissé déposer un précipité blanc grisâtre abondant.

3° Le reste de cette liqueur placé dans une capsule de verre a été soumis à une évaporation lente. Ainsi réduite, la liqueur a laissé un résidu glutineux très abondant, d'un gris jaunâtre insoluble dans l'eau et soluble dans la potasse, ce résidu glutineux adhérait aux doigts comme une matière poisseuse.

4° La partie de cette liqueur restée liquide a été de nouveau traitée après cette évaporation par le chlore, elle a fourni un précipité floconneux blanchâtre.

Une autre portion traitée par le sous-acétate de plomb a donné un précipité semblable.

La teinture alcoolique de noix de galles a fait naître dans une autre portion de cette liqueur un précipité blanchâtre abondant.

L'alcool essayé de la même manière a donné le même résultat.

Il en a été de même pour l'acétate de plomb et le sublimé corrosif. La solution de ces deux réactifs a fourni également un précipité blanc et floconneux.

5° Une autre portion du drap taché a été plongée dans de l'alcool à 36° pendant 24 heures; le linge ne s'est pas désimpesé, l'alcool traité ensuite par l'eau n'a pas fourni de précipité.

Toutefois l'alcool avait dissous une petite quantité de matière; car en l'évaporant jusqu'à siccité nous avons obtenu un léger résidu.

6° Une autre portion du drap taché a été exposée avec précaution à un feu modéré: elle est devenue bientôt d'un jaune fauve. Une portion du drap non taché soumis en même temps à la même épreuve ne s'est pas colorée. Le linge ainsi jauni fut ensuite plongé pendant trois heures dans de l'eau distillée froide, perdit sa couleur, et le linge présenta tous les caractères des morceaux qui avaient été d'abord plongés dans l'eau, il devint poisseux et laissa dégager une odeur spermatique très manifeste.

De ces expériences nous concluons :

1° Que la matière des taches observées sur la chemise, à sa partie antérieure, est formée par du mucus légèrement jaunâtre qui peut provenir d'un écoulement vaginal peu abondant. (Fleurs blanches.)

2° Que la matière qui forme la tache du drap est du sperme, parfaitement reconnaissable d'abord à son odeur spécifique, en second lieu aux divers caractères que l'analyse a fait découvrir et qui sont propres à cette humeur.

Paris, le 10 août 1833.

OLLIVIER (d'Angers),

BARRUEL, chef des travaux chimiques de la Faculté.

PHARMACIE.

CONSIDÉRATIONS PHYSICO-CHIMIQUES SUR L'HOMŒOPATHIE.

Le système homœopathique, accueilli par les uns avec un aveugle enthousiasme, repoussé par les autres avec un dédain sans appel, doit cependant, malgré tout ce qu'il offre d'étrange, attirer l'attention des hommes auxquels l'amour de la vérité fait voir dans chacun des mouvemens de l'esprit humain, quelque désordonné qu'il soit, une occasion de progrès.

Enfanté par l'imagination d'Hahnemann, ce système semble destiné à parcourir l'Europe; à en juger par son début dans la carrière, il trouvera partout quelques adeptes plus ou moins ardents, qui le développeront aux yeux du monde médical, il se montrera partout sans pousser nulle part de profondes racines; mais dans son rapide passage, il présentera une nouvelle face de la science, il ajoutera une expérience de plus aux expériences acquises, et sa venue n'aura point été complètement stérile. Il doit réagir sur l'art médical tout entier; mais c'est particulièrement sur la pharmacie et la thérapeutique qu'il paraît appelé à exercer son influence.

Examinons-le sous ce point de vue.

Tel que nous le considérons, le fond de ce système est d'attribuer aux médicamens employés à des doses infiniment petites des propriétés extrêmement énergiques, et de voir dans la division, la trituration, l'agitation et d'autres procédés qu'il est inutile d'énumérer ici des causes

de modification qui n'avaient point été soupçonnées jusqu'alors.

Lorsqu'on lit dans l'*Organon* le détail des manipulations auxquelles Hahnemann soumet ses médicamens, des *susceptibilités* merveilleuses, et des propriétés bien plus étonnantes encore dont ils sont doués à ses yeux, le livre est prêt à échapper des mains, et l'on est tenté au premier abord de se demander s'il est bien vrai qu'au 19^me siècle, on a pu écrire un pareil ouvrage; mais si, frappé de l'attention que plusieurs médecins de l'Allemagne et de la France n'ont pas craint d'accorder à l'homœopathie, on cherche à découvrir l'idée-mère de cette doctrine, et à démêler si elle ne recèle pas quelque chose de vrai sous l'appareil extravagant dont elle est enveloppée, on s'aperçoit bientôt qu'elle se lie par quelques points aux découvertes les plus récentes de la physique et de la chimie, et qu'elle n'est pas indigne d'un examen philosophique.

L'observation dans sa marche lentement progressive ne saisit d'abord que les grands traits de la nature, mais à mesure qu'elle se perfectionne la nature s'agrandit devant elle, et elle distingue des phénomènes qui lui avaient précédemment échappé.

Ainsi, jusqu'aux temps de Torricelli et de Pascal, on ne tint aucun compte de la pesanteur de l'air, et jusqu'à Lavoisier, l'influence de ses élémens n'avait point été mise en jeu dans les théories chimiques; mais c'est surtout

depuis quelques années que la science a poussé le plus rapidement ses conquêtes dans le champ de l'analyse. C'est depuis quelques années surtout qu'elle a découvert dans les agens physiques et chimiques des puissances nouvelles dont elle n'avait pas même eu l'idée jusque-là. C'est le rapport de ces forces subtiles avec celles que le docteur allemand prétend avoir dévoilées que je me propose de montrer ici, en même temps que les conséquences qui doivent résulter pour la pharmacie et la thérapeutique de l'examen des uns et des autres.

Parmi les effets les plus remarquables de ces forces, on doit ranger les phénomènes de l'électricité voltaïque qui joue un rôle dans la plupart des modifications de la matière, et semble avoir sa part dans chacun des plus légers mouvemens.

On sait en effet que cette force partout présente a remplacé l'idée vague qu'exprimait l'affinité chimique; on sait qu'elle se manifeste au contact de tous les corps, et que certains liquides, par exemple, reçoivent une influence notable de la part des vases qui les renferment, bien qu'ils n'entrent nullement en combinaison avec leur substance. Telle est l'infusion des violettes, dont la couleur se conserve mieux dans un vase d'étain que dans tout autre; tel est le lait qui, d'après les expériences précises de M. Bouchardat (1), reste plus ou moins long-temps sans altération suivant la nature des métaux qui le renferment, et, par exemple, se coagule en trois jours dans la porcelaine, le verre et le plomb, tandis qu'il reste huit jours liquide dans le laiton ou le cuivre. De leur côté, les liquides fermentescibles épouvent de curieuses influences de la part des métaux avec lesquels ils sont en contact, et, d'après M. Bouchardat, la fermentation alcoolique ne peut se développer, ou s'arrête promptement dans les vases de cuivre ou de laiton; mais un fait plus remarquable encore et qui a été reconnu par le même observateur c'est qu'au contact du mercure l'alcool résiste à la fermentation acétique, tandis qu'au contraire il absorbe l'oxygène et s'acétifie lorsqu'il est soustrait à l'influence de ce métal.

D'autre part, la découverte de l'isomérisie est venue signaler dans la matière morte une mobilité dont on n'avait pas l'idée, dévoiler en quelque sorte un nouveau monde et mettre en garde contre des analogies apparentes, qui s'écroulent devant une analyse plus approfondie. Ainsi l'acide phosphorique et ses sels, que les chimistes croyaient toujours identiques tant que leur analyse présentait les mêmes proportions de phosphore et d'oxygène, se sont dédoublés en acide pyrophosphorique et en pyrophosphates, et il a été reconnu que l'action de la chaleur pouvait dénaturer profondément certaines substances minérales, alors même qu'elle se bornait à mettre leurs molécules en mouvement sans modifier leurs rapports de proportion.

S'il en est ainsi de ces substances que leur constitution rend bien moins impressionnables que les matières organiques, celles-ci doivent présenter plus souvent encore de semblables phénomènes, et en effet c'est parmi elles qu'on peut en trouver les plus nombreux exemples; et pour

me borner à un seul qui se rattache particulièrement à la médecine et à la pharmacie, je citerai l'acide méconique qui d'après les dernières recherches de M. Robiquet se transforme en acide paraméconique lorsqu'on le chauffe avec de l'eau à la température de 100°, d'où il résulte que l'extrait d'opium ne contient plus d'acide méconique, mais bien de l'acide paraméconique lorsqu'il a été évaporé à 100° centigrades.

On voit déjà sans doute comment ces faits observés sur la nature morte se lient à ce point de vue de la doctrine d'Hahnemann qui concerne l'efficacité de l'altérabilité des médicamens.

Mais il en est d'autres qui peuvent être plus directement encore comparés aux prétendus phénomènes homœopathiques, et mieux faire sentir les conséquences auxquelles je me propose d'arriver. Je veux parler des transformations complètes que les huiles d'olives, d'amandes douces, de ricin et plusieurs autres peuvent éprouver sous l'influence d'un demi-centième de leurs poids d'acide hyponitrique (1). Cet acide en effet, si l'on n'a égard qu'à sa proportion et au résultat qu'il produit, ne semble-t-il pas en quelque sorte un modificateur homœopathique de la matière inaninée? L'analogie paraîtra plus frappante encore si on ajoute que le même acide, employé en beaucoup plus grande proportion, fait éprouver aux mêmes huiles des modifications toutes différentes des premières, puisqu'il les maintient liquides, et oxide leurs élémens, au lieu de les transformer en *élaïdine* ou en *palmine*. On doit trouver une analogie remarquable entre ces phénomènes et ceux que présente l'émétique suivant qu'il est administré par grains ou par proportion beaucoup plus forte, et les uns comme les autres semblent s'accorder avec cette idée qu'Hahnemann et ses partisans ont poussée à un incroyable excès, que les médicamens administrés à faible dose peuvent agir avec beaucoup d'énergie et tout autrement qu'à des doses plus élevées. Mais il y a bien loin de cette idée telle qu'elle ressort de l'expérience, avec ce qu'elle est devenue dans le système d'Hahnemann. Il y a loin des proportions que je viens de citer, à ces fractions incommensurables de matière que l'imagination ne peut se figurer, en faveur desquelles on n'a pu jusqu'ici, que je sache, invoquer l'autorité d'aucune expérience démonstrative pour quiconque n'est pas fasciné par l'esprit de système, et qui dépassent de beaucoup sans doute la divisibilité réelle de la matière.

Aussi, loin de moi l'envie de défendre la doctrine homœopathique, chaque jour au contraire je m'étonne qu'elle puisse faire des prosélytes, mais tout en la rejetant comme une de ces créations fantastiques dont l'histoire de l'esprit humain offre plus d'un exemple, j'ai voulu présenter le seul aperçu rationnel que l'on puisse y rattacher.

Tels sont les rapports que j'ai cru pouvoir établir entre des faits positifs empruntés aux sciences physiques et quelques-unes des données fondamentales de la doctrine homœopathique, dans l'espoir de faire mieux apprécier la portée de cette doctrine et le degré d'importance qu'on peut lui accorder. Il me reste à montrer quelle

(1) Journal de Pharmacie; septembre 1833.

(1) Journal de Pharmacie; septembre 1832, tom. 18.

influence elle me paraît devoir exercer sur la thérapeutique et la pharmacie.

C'est par les médicamens qu'Hahnemann prétend combattre les maladies, c'est en eux qu'il place toutes les forces médicatrices à tel point qu'il les substitue aux évacuations sanguines elles-mêmes. Aussi attache-t-il une extrême importance à la préparation de ces médicamens, et tient-il compte des moindres circonstances qui pourraient les modifier. Par ce seul fait, la médecine homœopathique doit servir à rendre à la thérapeutique une nouvelle vie, car elle ne peut manquer de rappeler sur elle une sérieuse attention, et pour tous ceux qui, comme moi-même, ont foi dans la thérapeutique il suffit qu'on se remette sérieusement à son étude pour s'y rattacher plus fortement que jamais.

Mettant toujours de côté tout ce qu'il y a d'imaginaire dans la doctrine allemande et tout ce qui doit disparaître avec l'aveugle enthousiasme de ses plus chauds partisans, pour ne m'arrêter qu'à ce fonds lointain de vérité qu'elle laisse apercevoir à travers ses égaremens, j'y vois encore un enseignement précieux pour imprimer à l'observation thérapeutique une marche vraiment rigoureuse et féconde en résultats positifs, pour faire sentir aux médecins la haute importance qu'ils doivent attacher à la préparation des médicamens qu'ils emploient, et aux pharmaciens combien il est nécessaire d'apporter dans leurs opérations toute cette exactitude attentive et minutieuse dont la pratique de l'analyse chimique la plus délicate peut seule donner l'idée et faire sentir la puissance.

En cela le système homœopathique me semble sympathiser, quoique de loin, avec la tendance analytique qui se manifeste aujourd'hui dans toutes les branches des sciences médicales. Il me semble en quelque sorte une phase naturelle, et peut-être nécessaire, de la médecine, une de ces tentatives désordonnées d'esprit révolutionnaire, qui signalent ordinairement les époques de régénération, et qu'il fallait subir pour arriver à l'avènement des idées nouvelles dont le monde médical est en travail.

De grands efforts ont déjà été tentés dans cette direction, de grands résultats ont été obtenus, mais ils n'ont fait qu'ouvrir la route et préparer la nouvelle ère médicale. C'est surtout aux analyses immédiates dans lesquelles les pharmaciens français se sont tant signalés qu'il faut en rapporter l'honneur, car bien qu'on doive se garder de proscrire les médicamens complexes dont l'efficacité repose sur de longues et incontestables expériences, c'est avec des médicamens simples et toujours identiques, tel que l'analyse a seul le pouvoir de les fournir, que les observations thérapeutiques peuvent être rigoureuses. La doctrine d'Hahnemann doit concourir à rendre cette vérité plus saillante et plus populaire. Mais c'est à l'observation patiente et consciencieuse des physiologistes et des médecins, c'est à leur association féconde avec les pharmaciens chimistes qu'il appartient de commencer l'ère médicale qui s'annonce et déjà se manifeste de toutes parts.

F. BOUDET, pharmacien,
docteur ès-sciences.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'USAGE DES BOUGIES DANS LES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTHRE.

Monsieur le Rédacteur,

Pendant mon séjour à Paris, j'ai été surpris de voir, dans quelques hôpitaux, qu'on traitât encore les rétrécissemens de l'urèthre par l'usage des bougies à demeure. Ce traitement est long, dispendieux, incommode, car on ne dilate que très-lentement le canal par ce moyen; on force le malade à garder le lit, ou du moins la chambre, et on le met dans la dépendance du chirurgien pendant cinq ou six semaines.

Voici ce que l'expérience m'a appris sur ce point de pratique.

La dilatation du conduit uréthral peut être obtenue, sans tous ces inconvéniens, de la manière suivante :

Tâchez de traverser le rétrécissement avec une sonde métallique d'argent ou d'étain, etc. On sait qu'avec un peu de patience on finit par triompher de l'obstacle; et il est rare aujourd'hui qu'on ait recours à la ponction de la vessie dans le cas de rétention d'urine, par suite d'oblitération de l'urèthre. Le rétrécissement vaincu, laissez en place pendant quelques minutes ou une demi-heure, plus ou moins, la sonde qui vient de passer, et si vous êtes pressé de dompter le mal, substituez immédiatement à cette sonde un pareil corps dilatant d'un calibre un peu plus fort, et ainsi de suite jusqu'à ce que vous soyez parvenu à introduire un corps cylin-

drique du plus grand diamètre que vous jugiez convenable. Si, au contraire, vous avez le temps de faire le traitement, ou que quelques circonstances particulières vous forcent à agir avec plus de lenteur, et à n'écarter les parois uréthrales qu'avec de certains ménagemens, vous pourrez également, ayant retiré la première sonde que vous venez d'introduire, laisser votre malade tranquille pendant plusieurs jours; puis, au bout de ce temps, vous réintroduirez la même sonde qui avait passé d'abord, et, après l'avoir laissée en place quelques minutes, vous lui substituerez un numéro plus gros. Vous procéderez, de cette manière, tous les jours ou tous les huit ou dix jours qui suivront, en augmentant chaque fois le calibre de la sonde, jusqu'à ce que vous ayez obtenu le degré d'écartement que vous désirez.

Il est surprenant combien on parvient promptement et facilement à ce résultat, et combien l'urèthre cède aisément après avoir été forcé une fois, et après que la première résistance du point rétréci a été vaincue. — La première introduction est en effet la chose la plus difficile et la plus douloureuse, et tout le reste n'est presque plus qu'un jeu. Il en est à peu près ici comme du vagin, lors de la première intronmission de la verge, ou de la sortie d'un premier fœtus; aussi, dès que vous êtes parvenu à distendre le canal en tout ou en partie seulement, le reste est si facile que vous pourrez, dès ce moment, associer le malade à cette opération, et lui enseigner à placer lui-

même la sonde. Je n'ai du moins jamais rencontré de sujet qui ne pût, après une très facile instruction, introduire lui-même une grosse sonde. On peut la lui confier en toute sécurité, puisqu'on sait que ce n'est guère qu'avec de petites sondes qu'on peut s'exposer à faire de fausses routes ou à blesser les membranes urétrales. Or cette instruction offre ce grand avantage pour le malade, qu'il peut, en l'absence du chirurgien, placer *seul* sa sonde, afin de bien calibrer le passage, et de revenir à cette opération aussitôt qu'il s'aperçoit, ou qu'il peut soupçonner que la coarctation a quelque tendance à se reformer.

Une seule introduction suffit souvent pour mettre à l'abri d'une rechute pendant plusieurs mois, ou pendant quelques années ou même pour toujours, si le traitement que je viens d'indiquer a été suffisamment loin et bien terminé.

Je dois dire que, comme corps dilatans ou *compressifs*, les bougies emplastiques ou en gomme élastique, et les sondes creuses de cette dernière substance ne remplacent pas bien les corps métalliques, et que ceux-ci offrent plus de solidité et sont susceptibles d'un plus beau poli, ce qui facilite singulièrement leur introduction. J'ajouterai que les sondes creuses sont moins favorables que les pleines, à cause de la lésion que doit quelquefois produire l'œil de la sonde, par son passage sur la partie rétrécie qui le presse vivement. Il convient donc, en général, de donner la préférence à ces dernières.

MATH. MAYOR, *chirurgien en chef de l'hôpital de Lausanne.*

ANGINE LARYNGÉE SUR UNE VACHE; OPÉRATION DE LA TRACHÉOTOMIE; TUBE A DEMEURE DANS LA TRACHÉE.

Le 26 juin 1830, M. H... propriétaire à Sarry, près Châlons, me fait appeler pour donner mes soins à une vache laitière, âgée d'environ onze ans et qui, élevée chez lui, n'a jamais été malade. Depuis deux jours seulement, on remarque en elle un certain malaise, décélé par de la tristesse, de la lenteur dans tous les mouvemens, et par une diminution sensible dans l'appétit ainsi que dans la sécrétion du lait; les déjections alvines sont plus rares, sèches, recouvertes de mucus, et la rumination est comme capricieuse.

À ma première visite, je trouvai l'animal en proie aux symptômes assez effrayans d'une laryngite aiguë: respiration courte, fréquente, très-pénible et douloureuse dans l'inspiration; cornage peu prononcé, agitation extrême dans les mouvemens du flanc, toux faible et rauque; plénitude, dureté et précipitation du pouls; chaleur des oreilles et des cornes, sécheresse de la peau, abattement excessif.

Saignée de douze livres à la jugulaire; au fur et à mesure que le liquide s'échappe, la dyspnée diminue et le cornage disparaît. Administration de huit onces de manne grasse (*manna inferior*) dans trois bouteilles de tisane d'orge miellée et légèrement nitrée; la bête prenant d'elle-même et sans fatigue les boissons adoucissantes et mucilagineuses, j'ordonnai de lui en présenter souvent et de la tenir à une diète extrêmement sévère; lavemens émolliens; frictions sèches sur la peau, et usage d'une longue couverture de laine pour provoquer la sueur.

Le 27, peu de changement: la respiration n'est plus brûlante, mais elle s'effectue encore avec beaucoup de gêne; les parotides sont engorgées, dures, très douloureuses, les évacuations alvines abondantes, les autres symptômes de la veille sans modification appréciable: nouvelle saignée de douze livres; même traitement intérieur: application d'un cataplasme de mauve sur l'engorgement des parotides.

Le 28, cet engorgement a beaucoup augmenté, le cornage a reparu, la dyspnée est extrême et la suffocation imminente; les naseaux sont excessivement dilatés, les yeux hagards, les conjonctives très rouges et la bouche remplie d'une salive mousseuse.—Saignée de quinze livres sans amendement aucun dans l'acte de la respiration. Le pressant danger où se trouvait la malade me décida à pratiquer la trachéotomie.

J'avoue que j'ai éprouvé quelque difficulté dans son exécution. En effet, cette opération est moins facile sur les bêtes bovines que sur l'espèce du cheval, et je la pratiquai pour la première fois sur la vache.

Le peu de taille de ces animaux rend pénible et fatigante la position de l'opérateur; les cerceaux de la trachée beaucoup plus étroits que dans le cheval ne permettent pas d'opérer comme sur celui-ci, c'est-à-dire d'échancrer deux cerceaux en faisant à chacun une incision semi-elliptique; je fus obligé, pour avoir une ouverture capable de recevoir un tube et d'admettre la quantité d'air nécessaire à la respiration, de couper entièrement un cerceau en outre de l'incision semi-elliptique faite à chacun des deux qui lui étaient supérieur et inférieur; enfin le peu de calibre du conduit aérien met dans la nécessité absolue de confectionner un tube approprié. Il me fut tout-à-fait impossible, dans cette circonstance, d'en placer un en plomb que j'avais fait avant de commencer l'opération, et qui aurait été de trop petite dimension pour le cheval. Je dus en diminuer beaucoup le calibre pour pouvoir le fixer en attendant que j'en fisse préparer un exprès en fer-blanc. J'estime qu'un trachéotube destiné à une bête à cornes doit avoir sur toutes ses dimensions, un tiers de moins que ceux que l'on confectionne ordinairement pour le cheval.

L'opération terminée, les flancs devinrent calmes et la respiration facile; les yeux cessèrent d'être hagards et les conjonctives perdirent beaucoup de leur rougeur; je remarquai enfin un bien-être vraiment sensible.—Traitement de la veille à l'exception de la manne.

Le 29, diminution de l'engorgement, de la dureté et de la sensibilité des parotides, artère moins fréquente et moins tendue, respiration libre, calme du flanc, moiteur de la peau, commencement d'appétit.— On donne quelques carottes et de l'eau blanchie par la farine d'orge: du reste, même prescription que la veille en y ajoutant le nettoyage du pourtour de la partie opérée de l'encolure, que l'on onctionne ensuite avec de la pommade de peuplier; placement du trachéotube en fer-blanc.

Du 30 juin au 7 juillet, l'inflammation cesse et l'animal est en convalescence; il reste encore un peu d'engorgement aux parotides avec dureté sans douleur aucune:— Onction d'huile de laurier;— Le tube est retiré de la

trachée et la plaie de la peau abandonnée à une cicatrisation rapide.

Le 9, même état des parotides, appétit moins prononcé que les jours précédens; application d'un trochisque au fanou, continuation des lavemens et des boissons. Du 9 au 21, la suppuration s'établit abondante au séton, l'ouverture pratiquée à la trachée est entièrement fermée, la bête paraît respirer avec quelque difficulté depuis 24 heures. L'engorgement des parotides a disparu, l'appétit est presque ordinaire, la rumination s'effectue comme dans l'état de santé, et la circulation n'offre rien d'anormal, si ce n'est un peu de précipitation.

Le 23, gêne extrême de la respiration sans apparence de symptômes de maladie; j'attribue cette gêne à un rétrécissement de la trachée occasionné par la section complète d'un des cerceaux, lors de la pratique de la trachéotomie, et je songe à y remédier par le placement d'un tube à demeure dans la trachée. A cet effet, je fis confectionner un tube en étain de quatre pouces de longueur et de sept lignes de diamètre, portant à ses deux tiers supérieurs un autre petit tube horizontal de vingt lignes de longueur et de trois lignes de diamètre.

Le 24, je trouvai cette vache dans une agitation extrême, sa respiration était excessivement difficile et bruyante, aucun aliment n'avait été pris depuis la veille, la mort menaçait la patiente. J'incisai dans le sens longitudinal la peau, puis la trachée à l'endroit où précédemment avait été pratiquée la trachéotomie, et je m'assurai que,

là, existait effectivement un rétrécissement très-prononcé, je dilatai le conduit aérien, et j'introduisis le tube qui se trouva naturellement fixé par le petit tube horizontal qui reposait sur la commissure inférieure de l'incision faite à la peau et à la trachée. Depuis ce moment, la bête respira aussi librement que par les voies ordinaires, et on la remit peu à peu à son régime accoutumé. On avait soin d'entretenir la propreté de la peau, de l'intérieur du tube, et d'ouïctionner l'engorgement qui devait suivre l'opération avec du populéum.

Le 2 août, l'engorgement avait tout-à-fait disparu, et je raccourcis le tube horizontal à l'aide d'un bistouri; le 15, je le rognai de nouveau, et le 20 il était entièrement recouvert par la peau qui se trouvait alors parfaitement cicatrisée.

Cette vache qui avait beaucoup perdu de son embonpoint, reprenait déjà, et, comme par son âge elle était, avant sa maladie, destinée au boucher, on se disposait à la mettre en graisse; on y parvint aisément, et elle fut vendue à la fin d'octobre.

Eu égard au peu de largeur des cerceaux de la trachée, et à la grande mobilité due à la laxité extrême du tissu cellulaire qui les entoure, je pense qu'il n'est guère possible de pratiquer la trachéotomie sur l'espèce bovine, sans être obligé par la suite d'avoir recours au placement du tube droit, à demeure, dans le conduit aérien.

GAYOT fils, *Médecin-Vétérinaire à Châlons-sur-Marne, membre de plusieurs Sociétés savantes.*

II. — REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

ANATOMIE.

OBSERVATION DE CYCLOPIE; par E. LACROIX, interne à la Maternité.

Une femme, âgée de 25 ans, accoucha naturellement au terme de neuf mois, d'un enfant du sexe féminin, cyclope. Au-dessus de l'œil unique que présentait la partie moyenne de la face était un appendice cylindrique de la longueur d'un pouce, semblable à une petite verge par la forme de gland de son extrémité percée d'une ouverture analogue à celle du méat urinaire. Cette ouverture laissait écouler par la pression un liquide séreux venant d'une cavité qui occupait tout le corps de l'organe. Une apophyse osseuse styloïde fichée entre les deux frontaux était à la base de l'appendice.

L'œil était compris entre quatre paupières distinctes ayant chacune leurs cils, leurs glandes de Meibomius, leurs cartilages tarses; le muscle orbiculaire seul était commun. — Point d'appareil lacrymal. Faisceaux musculaires confus se rendant de différens points de la cavité orbitaire sur différens points du globe oculaire, lequel se réduisait à une sclérotique tapissée d'un détritrus noirâtre. Point de nerf optique. Les parois externes de la cavité orbitaire étaient composées des mêmes os que dans l'état ordinaire; la paroi inférieure par la réunion des deux os maxillaires; la supérieure fibreuse en arrière, osseuse en avant où l'ethmoïde et les frontaux réunis la constituaient; un seul trou optique au point de réunion des deux apophyses d'Ingrassias. — La cavité crânienne était divisée en deux portions, l'une antérieure, contenant le cerveau; l'autre postérieure, située entre le cerveau et le cervelet, toutes les deux remplies de liquide. A la base du cerveau manquaient le corps calleux, le corps pituitaire, les éminences mamillaires, les commissures, les tubercules quadri-jumeaux, l'aqueduc de Sylvius, les corps striés, les cornes d'Ammon, les nerfs de la pre-

mière, de la deuxième, de la quatrième et de la sixième paires.

Les vaisseaux avaient une distribution régulière.

Les apophyses d'Ingrassias s'étaient séparées du corps du sphénoïde, et l'ethmoïde était chassé en avant et au-dessous des os propres du nez. De là était résultée une vaste échancrure comblée par la dure-mère.

Il y avait deux pieds bots dont la face plantaire regardait en dedans (*pes valgus*); l'estomac faisait hernie à travers le diaphragme refoulé, et adhérait par son grand cul-de-sac à une bride allant à la base du cordon ombilical. (*Transact. médic. août 1833.*)

PATHOLOGIE ET CLINIQUE.

DE L'INFLUENCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES PAYS CHAUDS, ET DE LA SOBRIÉTÉ DES ARABES DU DÉSERT; par M. LABAT, docteur-médecin, ex-médecin du vice-roi d'Égypte.

Un long séjour dans les provinces méridionales de la France, et de fréquens voyages en Afrique, aux Antilles et sur les côtes de Syrie, ont fourni à M. le docteur Labat l'occasion d'apprécier l'influence du régime alimentaire sur la santé dans les pays chauds. Ces maladies si communes et si graves des Européens venus de climats tempérés, et la santé vigoureuse des indigènes que leur instinct de conservation pousse à la sobriété la plus rigoureuse: tels sont les faits sur lesquels insiste l'auteur de ce mémoire, et qui démontrent que, sous le climat brûlant des régions intertropicales, tous nos organes se trouvent dans un état de stimulation qui ne s'accorde pas avec une nourriture trop substantielle. Tandis que le *Bédouin*, que le *Fellah* (paysan égyptien) se contentent pour sa journée d'un peu d'eau dans une outre et de farine dans un sac, et que le *Says* (courrier) faisant cinquante ou soixante-dix lieues par jour sur son dromadaire, à travers la chaleur du désert, jouissent d'une

santé presque inaltérable, l'Européen, qui apporte d'ordinaire ses goûts et ses habitudes de civilisation, mange et boit bien au-delà de sa faim et de sa soif, et s'expose ainsi à toutes les maladies qui naissent de l'excitation trop vive du canal digestif, de l'organe sécréteur de la bile, des centres vasculaires et nerveux. M. Labat cite l'exemple de M. Clot-Bey, qui déploie jour et nuit une incroyable activité pour l'organisation de l'hôpital d'Abou-Zabel et du service médico-chirurgical des armées du vice-roi d'Égypte. Pendant tout ce temps, M. Clot-Bey était de la plus grande sévérité sur son régime. — Il y a de bonnes leçons pratiques à tirer des mœurs orientales sur l'influence du régime dans les maladies aiguës des pays chauds. Nos conséquences seulement seraient moins *physiologiques* que celles de M. Labat, car beaucoup de bonnes observations constatent que les maladies des pays chauds ne sont pas si essentiellement phlogistiques que bilieuses et nerveuses, et ce qui est dit des différens climats éloignés de nous doit se dire des différentes saisons du nôtre. (*Annales de la méd. physiologique.*)

DE LA CYANOSE OU DES AFFECTIONS DIVERSES DANS LESQUELLES LA PEAU PRÉSENTE UNE COLORATION BLEUE; par E. LABAT, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte.

Dans ce mémoire, M. Labat examine les différentes causes qui peuvent produire la cyanose, et, comme la plupart des auteurs, il en reconnaît deux ordres très distincts, les causes organiques et les causes accidentelles; il passe en revue plusieurs faits et plusieurs opinions qui ont été relatés dans ces dernières années. La coloration bleue de la peau, ou cyanose, étant due au mélange du sang veineux, ou noir, et du sang artériel, il fallait expliquer les faits rapportés par M. Ferrus: 1° Comment il y a eu cyanose persistante pendant la vie sans qu'il fût possible, après la mort, de constater le moindre obstacle mécanique à la circulation normale du sang; 2° comment on a trouvé la persistance du trou de Botalli et la communication des oreillettes après la mort, sans que, pendant la vie, on eût observé aucun phénomène de cyanopathie; 3° comment il n'y a pas eu de coloration bleue quand, par la disposition des vaisseaux, les parties ne devaient recevoir que du sang noir, dans le cas, par exemple, cité par M. Breschet, d'un enfant d'un mois chez lequel l'artère sous-clavière gauche prenait naissance de l'artère pulmonaire, et chez lequel la coloration et le développement du membre supérieur gauche étaient dans un état complètement normal. Pour le premier ordre de faits, M. Labat pense qu'il faut expliquer la cyanose par une altération de l'hématose qui correspondait à une altération de l'innervation; pour le second, il répond avec MM. Corvisart, Richerand, Gintrac, J. Cloquet, que, malgré la communication des deux oreillettes, les deux ventricules étant d'égale force et se faisant justement équilibre, il est possible que la colonne de sang noir file directement de l'oreillette droite dans le ventricule droit, et la colonne de sang rouge de l'oreillette gauche dans le ventricule gauche sans que les deux sangs (noir et rouge) se mêlent; il estime qu'on ne peut contester cette possibilité. Pour le troisième ordre de faits, il croit que si on avait fait les recherches anatomiques avec plus de soin, on aurait trouvé quelque grande collatérale artérielle capable d'assurer la nutrition artérielle des parties.

Le reste des considérations de ce mémoire regarde les causes accidentelles de la cyanopathie, celles qui, comme les maladies du poulmon, soit organiques, soit nerveuses, ou les affections spasmodiques, agissent directement sur la circulation générale; ou celles qui, comme l'action prolongée d'un froid humide ou l'action vive d'un soleil brûlant, ou l'administration du nitrate d'argent, exercent leur influence plus directement sur la circulation capillaire.

Quelques mots sur le traitement qui, pour les cas de cause organique, revient aux préceptes d'une bonne hygiène, et pour les autres est fondé sur l'étiologie de la maladie, n'offrent rien d'assez particulier pour que

nous y insistions ici. M. Labat croit seulement que l'usage du gaz oxygène qu'il n'a pas expérimenté serait utile. (*Annales de la médecine physiologique*, mai 1833.)

DE LA GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUE CHEZ LES NÈGRES, vulgairement appelée MAL D'ESTOMAC OU MAL DE CŒUR; par A. SÉGOND, D. M. P., chirurgien - major à Cayenne (Guyane française).

Cette monographie intéressante traite successivement des causes, des symptômes, des formes diverses, des lésions anatomiques, du traitement, du *mal d'estomac* des nègres.

Causes. — L'auteur regarde comme cause prédisposante puissante la constitution molle, humide, essentiellement lymphatique des nègres: tout, chez eux, dénote cette constitution, affections vermineuses fréquentes, éruptions cutanées, parmi lesquelles une espèce de gourme appelée *Pian*, ulcères variés. La mauvaise alimentation, les écarts de régime, les excès de toute sorte auxquels se livrent ces malheureux lorsqu'ils échappent à la surveillance, l'exposition d'un corps presque tout nu aux intempéries de l'air, la nostalgie, sont autant de circonstances qui doivent affecter profondément les organes digestifs, ou au moins les livrer très malheureusement impressionnables aux moindres causes accidentelles de trouble.

Symptômes. — Sous le rapport des symptômes, les formes de cette maladie sont différentes. La *forme aiguë* est au *premier degré*, celle de l'embaras gastrique ou de la gastrite aiguë. Le plus souvent la négligence ou les mauvais conseils font passer ce premier état à la *forme chronique*, offrant dans ses périodes successives les symptômes qui caractérisent les maladies organiques de l'abdomen et les cachexies séreuses, purulentes, etc. Ainsi, les vomissemens, la diarrhée, l'infiltration, l'ascite, la toux, l'oppression, la fièvre hectique, la faiblesse physique extrême, le marasme, l'abattement moral et la stupidité intellectuelle les plus complets, souvent, et dans une période même peu avancée, des symptômes d'une péricardite ou d'une maladie organique du cœur. Quelquefois cette forme chronique est *primitive*. Un des élémens importans de *pronostic* chez ces malheureux livrés à tous les vices et à toute la dégradation de l'esclavage, c'est le degré de développement intellectuel. Il est tout simple que la maladie soit beaucoup plus grave chez ceux qui ne profitent du défaut de surveillance que pour se gorger d'alimens grossiers et de drogues incendiaires.

Caractères anatomiques. — Les lésions cadavériques que l'on rencontre sont à peu près toutes celles qui se rencontrent à la suite des cachexies: des inflammations et des ulcérations étendues dans le canal intestinal, des épanchemens séreux, purulens, dans les cavités thoracique et abdominale, des dilatations, des hypertrophies, des ramollissemens du cœur avec péricardite, des ramollissemens remarquables et pâles de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Il nous semble que le point de départ de la maladie n'est pas aussi simple à trouver que le suppose M. Ségond, qui le voit dans la phlegmasie de l'estomac et de l'intestin. Il est bien vrai qu'il y a au début une gastrite et une gastro-entérite ou du moins une *affection* gastro-intestinale, mais il y a aussi une altération de l'innervation, de la circulation, de la nutrition, probablement des humeurs, qui, je crois, doit dominer dans l'esprit du médecin; ce qui n'empêche pas que, parmi les organes affectés, les organes digestifs soient les premiers à exprimer leurs souffrances; mais ce qui empêche que ce soit là la marche d'une simple phlegmasie intestinale. Ce que dit l'auteur, relativement au *traitement*, nous confirme dans cette opinion, car ce n'est jamais qu'avec une grande modération que les antiphlogistiques ont dû être employés, afin que la maladie ne tournât pas plus vite à la mort. C'était surtout en faisant appel à de nouvelles sympathies au moyen des vésicatoires, des bains chauds vinaigrés, des frictions sèches, de l'influence morale qu'exerçait la perspective du retour dans la patrie, en plaçant le malade dans les

meilleures conditions hygiéniques, en réparant son sang épuisé par le sous-carbonate de fer dès que celui-ci pouvait être toléré; c'était, dis-je, surtout ainsi qu'on obtenait des succès. Le calomel, la digitale et quelques autres *toniques* aveuglément employés ont souvent aggravé le mal.

M. Ségon, dont le travail est intéressant et offre, malgré sa tendance trop exclusivement *physiologique*, des vues vraiment médicales, trouve une assez grande analogie entre le mal d'estomac des nègres et le scorbut. D'après sa description (car nous n'avons pas de nos yeux observé cette maladie), nous penserions comme lui, et c'est pour cette raison que nous verrions dans le mal d'estomac autre chose qu'une phlegmasie.

(*Transact. méd. août 1833.*)

CLINIQUE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON; TRIMESTRE DE 1833. Service de M. BRACHET.

Vaccination. — Deux enfans de sept mois furent vaccinés avec du virus vaccin de dix jours. Dix jours après l'opération il n'y avait aucune apparence de développement de la vaccine sur aucune des seize piqures qui avaient été pratiquées. M. Brachet vaccina une seconde fois. Le lendemain de cette deuxième opération, les seize premières piqures formaient autant de boutons; à partir de ce moment la marche de l'éruption et de la fièvre vaccinales fut régulière; les secondes piqures se desséchèrent et disparurent.— Cette observation est intéressante sous ce double rapport qu'elle montre, 1^o que l'économie saturée du virus vaccin, et modifiée par son action, n'accepte pas de nouveau virus; 2^o que la modification produite dans l'économie par le vaccin peut exister très bien sans que l'éruption ait encore eu lieu du tout.

Variole confluente. — Une fille de 11 ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes de la gastrite la mieux caractérisée, est prise, au moment où des sangsues allaient lui être appliquées sur l'épigastre, d'une hémorrhagie nasale qui dure toute la journée et jette la malade dans un état d'anémie et de faiblesse extrêmes. Le lendemain, éruption confluente d'une variole qui, les jours suivans, eut la marche la plus régulière. « Si jamais évacuation sanguine avait pu arrêter l'éruption variolique, c'eût été dans cette circonstance, parce qu'il eût été impossible de la faire plus abondante qu'elle ne le fut par l'épistaxis. Cependant la variole fut confluente au plus haut degré. La conséquence de ce fait est que les évacuations sanguines n'ont aucune prise sur la variole.»

Nous trouvons fort juste cette réflexion de M. Brachet, et ce qu'il dit des évacuations sanguines il le pourrait dire de toute médication. Seulement il faut ajouter que si la saignée, ou vomitif, etc., n'empêchent pas l'éruption et ne s'opposent pas à la marche de la maladie, ils ont une certaine prise sur la variole en favorisant le développement le moins anomal, le plus naturel des phénomènes de cette maladie. Dans ce cas, par exemple, la large saignée que pratiqua la nature ne parut-elle pas la condition essentielle d'une bonne éruption et de l'apaisement des symptômes, tant locaux que généraux?

Encéphalite. — Sur un cas d'encéphalite traumatique, qui, traité par les antiphlogistiques, les révulsifs et le calomélas, eut promptement une terminaison heureuse, M. Brachet remarque que le pronostic des inflammations des viscères et en particulier du cerveau est, à égalité de symptômes, bien moins grave dans les inflammations de cause externe que dans celles de cause interne. Cette distinction, faite dans le diagnostic, en amène nécessairement une dans le traitement.

Catarrhe pulmonaire, gastrite et gastro-entérite. — Les catarrhes pulmonaires, dans ce trimestre d'été, ont été bien moins fréquens qu'ils ne l'avaient été au printemps, et aussi ils ont été bien plus souvent compliqués de gastrites et de gastro-entérites. Il y a ordinairement une relation directe entre la chaleur de la saison et la fréquence des maladies des voies digestives. Ce fait d'observation générale est très bien rappelé par le médecin de Lyon. Il n'est pas douteux que l'efflet immédiat de la chaleur soit de donner une plus grande activité à la peau, et au contraire d'imprimer aux organes digestifs une certaine paresse, de sorte que les moindres excès dans le régime sont alors beaucoup plus sensibles. La même raison qui fait que les Européens arrivant dans

des pays chauds et ne se soumettant pas à l'alimentation légère d'usage en ces pays, ont les organes de la digestion plus vite et plus facilement en souffrance que les indigènes; cette raison, dis-je, fait que l'été exerce une influence nuisible sur les personnes qui veulent conserver le même régime et faire les mêmes excès en toute saison.

Inflammation de poitrine. — Dans quelques pneumonies, survenues à la suite de refroidissement subit, le tartre stibié à hautes doses a été employé avec avantage marqué: chez une jeune fille qui, après une saignée, des sangsues, un vésicatoire à la cuisse, était dans un état de suffocation imminente et inquiétante, le tartre stibié, à la dose de six grains, produisit par en haut et par en bas des évacuations bilieuses très abondantes, immédiatement suivies du soulagement le plus marqué. Il est vrai que, dans ce cas, c'est comme vomitif, et non comme contre-stimulant que le sel d'antimoine et de potasse agit.

Dysenterie. — M. Brachet établit une différence de nature entre la dysenterie et l'entérite inflammatoire: il croit que dans le cas où la première prend quelques-uns des caractères de la seconde, il y a complication de l'une et de l'autre. Nous aurions voulu qu'il exprimât les différences symptomatiques qui, selon ce que lui a appris son observation, caractérisent ces deux sortes d'affections. Ce n'est pas assez de dire que dans la dysenterie inflammatoire les antiphlogistiques sont suivis du succès qui, dans la dysenterie non inflammatoire, n'est réservé qu'aux opiacés, d'autant plus que bien souvent les opiacés eux-mêmes seront insuffisans ou insignifiants. Bien que le traitement soit une bonne pierre de touche pour l'appréciation de la nature d'une maladie, la marche de cette maladie, ses causes, son mode d'origine, son mode de terminaison sont des élémens de diagnostic essentiels, et sur lesquels il est important que chaque observateur dise ce qu'il a vu, afin que la science arrive à une conception et à une expression plus complètes de la maladie. (Rev. méd. août 1833.)

H. GOURAUD.

MÉDECINE COMPARÉE.

ESSAI SUR LES CAUSES DES TUMEURS GANGRÉNEUSES QUI SE DÉVELOPPENT QUELQUEFOIS A LA SUITE DES OPÉRATIONS; INDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES; PAR M. RENAULT, professeur à l'École d'Alfort.

M. Renault, dans deux premiers articles fort remarquables par l'esprit judicieux qui a présidé à leur rédaction, cherche à démontrer que les tumeurs gangréneuses qui se développent quelquefois après une opération, sont dues, le plus souvent, à l'action du sang putréfié sur les tissus sains au milieu ou à la surface desquels il s'est épanché avant, pendant ou après cette opération: que plusieurs circonstances propres à l'animal ou dépendantes des influences hygiéniques ou atmosphériques auxquelles il est soumis, prédisposent à cette fâcheuse terminaison; il fait voir dans des observations assez nombreuses, que le contact de l'air avec le sang épanché, avait été le point de départ, la condition vraisemblable de tous ces accidens. Puis, montrant comment cette étiologie est tout-à-fait en rapport avec les lois de la chimie et de la physique les mieux connues, il passe à un autre ordre de preuves.

On observe quelquefois, chez le cheval et chez les divers animaux, des ruptures musculaires qui donnent lieu à des hémorrhagies dans l'épaisseur des membres: des caillots de sang très-considérables restent long-temps en contact avec les tissus, et se retrouvent, plusieurs années après l'accident, sans qu'il se soit manifesté aucun phénomène de putréfaction: la même chose s'observe bien souvent chez l'homme dans la rate et surtout dans le cerveau. Or, le sang, dans ce cas, est évidemment privé de vie, et cependant il ne se pourrit pas, et cela parce que la présence de l'air et de certains gaz, est la condition nécessaire de la putréfaction. Dans le poumon, on peut encore mieux juger ce phénomène. Si, dans cet organe, un épanchement sanguin se fait et s'encyste, ou s'il a lieu dans les plèvres, la putréfaction ne s'empare pas du sang épanché; le contraire a lieu souvent chez les animaux domestiques et bien plus rarement chez l'homme.

me lorsque le sang se trouve en contact avec l'air extérieur.

M. Renault établit ensuite une différence toute pratique entre la *mortification* qui peut affecter les tissus qui cessent d'être en communication avec les centres nerveux et circulatoire et la *putréfaction* qui ne s'empare de ces tissus que lorsqu'ils éprouvent le contact de l'air. Cette distinction toute pratique, disons-nous, pêche pourtant en cela, que très-évidemment, chez les animaux et chez l'homme, certains anthrax se développent sous la peau, et, par le seul fait de la mortification, il survient des décompositions chimiques et un développement de gaz qui indiquent assez que la putréfaction s'est accomplie. Toujours est-il, et nous en conviendrons, que la décomposition putride marche, dans ce cas, beaucoup moins vite qu'avec le contact de l'air.

De tous ces faits, M. Renault tire les conclusions thérapeutiques suivantes :

1° Quelle que soit l'opération que l'on pratique, il est prudent d'éviter que du sang s'amasse et séjourne en certaine quantité dans la plaie qui en résulte, surtout quand l'animal est d'une constitution faible et épuisée, que la température atmosphérique est chaude et humide, et que, comme dans le cas d'application d'un séton ou d'un cautère, l'absence d'appareil permet l'entrée d'une certaine quantité d'air dans l'intérieur de la plaie.

Si, malgré les précautions qu'on a pu prendre; quelques caillots se sont formés et exhalent une mauvaise odeur, on ne peut trop se hâter de lever le premier appareil pour les enlever et prévenir leur putréfaction. Si un engorgement gangréneux se développe quelques jours après une opération, on doit scarifier profondément pour en exprimer les matières putrides qui l'ont produit ou qui le constituent, et passer ensuite un cautère chauffé à blanc dans toutes les scarifications pour produire une eschara qui mette les parties à l'abri du contact de l'air;

2° Il ne faut ouvrir que dans le cas d'absolue nécessité les engorgemens sanguins sous-cutanés;

3° Les engorgemens charbonneux doivent être ouverts de préférence avec le cautère, ou, si l'on a pratiqué des scarifications, il faut y passer le cautère;

4° Quand il règne des maladies typhoïdes, il faut s'abstenir d'appliquer des sétons, et préférer l'emploi des rubéfiants ou des vésicants. (*Recueil de méd. vét.* Mai 1833.)

HYSTÉROTOMIE VAGINALE PRATIQUÉE SUR UNE VACHE; par MIGNOT.

M. A. Pradal, vétérinaire à Cophtes, avait publié, dans le *Recueil de médecine vétérinaire* (numéro d'avril 1833) l'histoire d'une opération césarienne abdominale (gastro-hystérotomie), pratiquée sur une vache qui ne pouvait mettre bas à cause de l'état squirrheux du col de la matrice. La vache fut tuée, le veau survécut. M. Mignot fils publie, dans le même recueil, un fait d'hystérotomie vaginale pratiquée dans des circonstances semblables et avec un succès différent, puisque ce dernier put conserver la mère et le veau. Nous allons rapporter brièvement ces deux intéressantes observations.

Le 7 décembre 1832, M. A. Pradal fut appelé pour donner des soins à une vache pleine qui, depuis quelques jours, faisait des efforts semblables à ceux qui ont lieu ordinairement à l'approche du vêlage. Cet état se continua pendant quinze jours sans qu'il survint d'accidens graves. Cependant, le seizième jour, l'animal parut plus souffrant: le train de derrière était manifestement affaibli. Le lendemain la vache était couchée, ne pouvait se relever et faisait de continuel efforts; la vulve était flasque, il s'écoulait par cette ouverture un liquide glaireux en assez grande abondance, et une portion de l'utérus, du volume à peu près d'une tête d'homme, faisait hernie dans le vagin, et apparaissait contre la face interne des lèvres de la vulve. On sentait dans le flanc les mouvemens violens du fœtus. — M. Pradal introduisit la main pour explorer l'état des parties, et il reconnut que le col était tuméfié, dur, de consistance presque cartilagineuse, traversé dans son centre par un conduit tellement étroit et resserré qu'il lui fut impossible d'y faire pénétrer un doigt.

Pour un motif que M. Pradal ne fait pas connaître, ce praticien résolut de pratiquer la gastro-hystérotomie plutôt que l'hystérotomie vaginale. La vache fut couchée sur le côté gauche. Par une première incision, on ouvrit largement la peau du flanc droit, puis on incisa dans la même étendue les parois de l'utérus, avec l'attention de ne pas blesser le fœtus, que M. Pradal retira facilement avec ses deux mains. Dès que le veau eut senti l'impression de l'air, il se secoua à plusieurs reprises; on le présenta aussitôt à une autre vache qui se mit à le lécher, le reçut à ses mamelles et l'éleva.

Cependant, M. Pradal craignant que la vache ne mourut, et que le propriétaire ne perdît le prix de la chair de l'animal, la fit tuer immédiatement par un boucher.

Le 10 juillet 1832, M. Mignot fils fut appelé pour donner des soins à une génisse de deux ans et demi, qui, depuis quelque temps, faisait d'inutiles efforts pour mettre bas. Les lèvres de la vulve, qui étaient très écartées, laissaient voir, à l'entrée du vagin, une tumeur considérable qu'il était facile de reconnaître pour le col de l'utérus: des contractions utérines se succédaient depuis trois heures. M. Mignot s'occupa à rechercher quels pouvaient être les obstacles à la parturition. Il examina d'abord la tumeur utéro-vaginale qui se trouvait à l'entrée de la vulve. Sa couleur était d'un rouge sale un peu brunâtre; sa partie la plus saillante, formée par le col de l'utérus, était d'un froid et d'une dureté remarquables. Il fut impossible d'introduire le doigt par l'ouverture du museau de tanche. L'état squirrheux du col de l'utérus ayant été suffisamment constaté, et le travail du part ne faisant aucun progrès, M. Mignot résolut de pratiquer l'hystérotomie vaginale, ce qu'il exécuta de la manière suivante.

La vache fut placée debout, les jambes écartées. La tumeur qui faisait saillie au dehors rentra aussitôt. Le chirurgien introduisit alors, avec la main gauche, une sonde cannelée dans l'ouverture du museau de tanche, jusqu'à ce qu'elle fut parvenue dans l'utérus; puis, de l'autre main, faisant glisser dans la cannelure un bistouri droit, boutonné et armé, il pratiqua, dans la partie supérieure du col induré, une incision qu'il dut prolonger de plus de trois pouces avant d'atteindre les parties saines. Alors il se servit de l'index pour conduire le bistouri, et il donna à son incision dans le second temps de l'opération, une étendue d'à peu près dix pouces. Les efforts de la vache amenèrent immédiatement le fœtus à l'ouverture de la matrice ainsi agrandie. Le chirurgien alors alla chercher le veau qu'il amena doucement de peur de déchirer la matrice. Malgré ses précautions, il s'effectua un léger déchirement à l'extrémité supérieure de la matrice.

Dès que la vache eut été délivrée, M. Mignot appliqua aux parties extérieures de la génération un bandage propre à empêcher la hernie du vagin. Onze jours après cette grave opération l'animal était guéri; le veau avait été également conservé vivant. (*Recueil de méd. vét. prat.*, juin 1833.)

SUR LES COLIQUES DÉTERMINÉES CHEZ LES CHEVAUX PAR DES PELOTES STERCORALES; par M. CLICHY, vétérinaire à Joinville.

L'embarras des matières stercorales dans les gros intestins est bien souvent, chez l'homme, une cause d'accidens graves dont la cause est trop souvent méconnue; il ne sera pas sans intérêt pour les médecins de trouver ici l'analyse de l'intéressant travail de M. Clichy.

Ce praticien établit d'abord que les coliques qu'il appelle stercorales sont, après les coliques inflammatoires, celles qui sont les plus graves et les plus difficiles à guérir. Elles sont, suivant lui, déterminées par un amas de matières alimentaires mal digérées, qui s'accumulent en masse et forment une pelote plus ou moins volumineuse, plus ou moins dure, qui s'arrête le plus ordinairement dans les courbures du colon ou dans les bosselures de sa portion flottante, à peu de distance du rectum, distend la portion du tube intestinal où elle existe, finit par l'obstruer, et détermine dans cet endroit une vive inflammation qui passe bientôt à l'état de gangrène.

Les symptômes causés par les pelotes stercorales n'ont

pas une marche constante et régulière. Ils sont en général beaucoup moins violens que dans la plupart des autres espèces de coliques. L'animal ne commence à se tourmenter d'une manière remarquable qu'au moment où la pelote a acquis assez de volume pour presser les parois de l'intestin. C'est alors que le malade regarde son flanc, se couche et se relève de temps à autre. L'appétit n'est pas entièrement perdu. Bientôt apparaît le météorisme qui augmente considérablement; les déjections alvines sont entièrement supprimées, et la mort est précédée d'un état d'abattement extraordinaire. L'introduction de la main dans le rectum suffit pour faire reconnaître l'existence de la pelote stercorale lorsqu'elle se trouve à la courbure pelvienne du gros colon ou dans les dernières bosselures de sa portion flottante. La durée de la maladie ne dépasse guère sept ou huit jours. A l'ouverture du cadavre on trouve, enchatonné dans une des bosselures de la partie flottante du colon, un amas de matières stercorales mal élaborées qui forment une pelote très dure et très consistante. La membrane muqueuse correspondante est épaissie, noire et comme sphacelée. Les causes de cette maladie sont nombreuses: les vieux animaux y sont en général les plus exposés, sans doute parce que la mastication est chez eux plus impar-

faite. Mais ce qui donne lieu surtout à la formation des concrétions stercorales, ce sont certains alimens, tels que les feuilles vertes de quelques végétaux, et plus particulièrement le son, celui surtout qui est entièrement privé de principes farineux.

Traitement. — Depuis vingt ans que M. Clichy exerce la médecine vétérinaire, et qu'il a été à même d'observer cette maladie, il s'est assuré, par des expériences nombreuses et variées, que, de tous les moyens propres à combattre les coliques stercorales, l'émétique est, sans contredit, le plus constamment et le plus rapidement efficace que l'on puisse mettre en usage; il est même tenté de regarder ce médicament comme un véritable spécifique. Ce praticien administre l'émétique de la manière suivante: Il en fait dissoudre dans un breuvage émoullit de quarante à cinquante grains, qu'il fait prendre en une fois; si, dix ou douze heures après, les évacuations alvines abondantes ne sont pas survenues, il donne une nouvelle dose de trente grains. Il est rare qu'il soit obligé de recourir à ce moyen une troisième fois. Cependant il ne néglige pas l'emploi des lavemens qu'il faut administrer souvent pour aider l'action du tartre stibié. (*Recueil de méd. vét.*, juillet 1833.)

A. TROSSEAU.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE.

ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE, COMMUNIQUANT AVEC LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE.

Un cocher, âgé de 41 ans, entra à l'hôpital de Saint-Barthélemy de Londres, dans le courant de juillet 1833. — Il présentait les symptômes d'une maladie du cœur arrivée au dernier degré. Un lacis de veines variqueuses couvrait la poitrine et le dos. Le malade, du plus loin qu'il se souvenait, avait eu de la toux, de la dyspnée et des palpitations. Il n'y avait que trois mois qu'il avait commencé à perdre de ses forces. L'œdème n'avait commencé à se manifester que depuis trois semaines. L'auscultation permettait de constater les phénomènes suivans: on entend le cœur jusqu'au-dessus de la mamelle droite; il y a peu d'impulsion. Vis-à-vis l'origine de l'aorte, on entend un bruissement qui est plus marqué encore au sommet du sternum et sous la clavicule droite. Ce bruit ressemble à la vibration d'une corde, et il se propage jusque dans la carotide droite. Des deux côtés de la poitrine et en arrière on entend du râle crépitant et un peu de ronchus. — L'œdème, la dyspnée firent de rapides progrès, et le malade mourut le 4 août 1833. — Autopsie douze heures après la mort. — Adhérence générale dans les deux plèvres. Derrière les trois premières côtes droites se trouvait une tumeur du volume du poing, en rapport avec les deux poumons et avec la veine cave qui était portée à droite et en arrière. Cette tumeur n'était autre chose qu'un anévrisme de l'aorte qui commençait dans le péricarde et se terminait un peu avant l'origine du tronc innominé. Elle ne contenait ni sang coagulé ni concrétion fibrineuse. Le sac anévrysmal était divisé en deux parties par une crête dont le sommet semblait indiquer la terminaison de l'artère. La membrane interne du sac semblait néanmoins se continuer avec celle de l'aorte, quoique la friabilité ne permit pas de l'enlever. Le côté droit de l'artère était particulièrement affecté. La veine cave supérieure contenait un caillot de sang, et, à deux pouces du point où elle débouche dans l'oreillette droite, communiquait avec le sac anévrysmal par une ouverture de six lignes de diamètre. Les bords de l'ouverture étaient lisses. Le sac anévrysmal était aminci dans le point où il correspondait à la veine, et il était demi-transparent un peu au-dessous du point de communication. (*The Lancet*, August. 17. 1833.)

FORMULE D'UNE POTION PURGATIVE A L'USAGE DES ENFANS.

M. Edward Augustus Cory, membre du collège royal des chirurgiens de Londres, vante, pour les enfans, la potion purgative suivante: Huile de croton tiglium,

deux gouttes; sucre blanc, deux gros; gomme arabique en poudre, demi-gros; teinture de cardamon, demi-gros; eau, quantité suffisante pour faire une mixture d'une once et demie. — On l'administre à la dose de deux ou trois cuillerées à café toutes les trois ou quatre heures, chez les enfans de 5 à 6 ans, jusqu'à ce que les évacuations alvines commencent. Les effets de cette potion sont rapides et sûrs, et M. Cory la préfère à toute autre, parce qu'elle est agréable à prendre, et qu'elle n'inspire aux enfans aucune répugnance. (*The London med. and surg. journal* August. 31 1833.)

DE LA SYNCOPÉ COMME MOYEN D'ÉVITER AUX MALADES LA DOULEUR DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES; PAR M. WARDROP.

M. Wardrop raconte le fait suivant: Une jeune femme s'adressa à lui pour être délivrée d'une tumeur qu'elle portait à la tête: l'ablation était jugée indispensable par les chirurgiens les plus expérimentés et par M. Wardrop lui-même. Cette femme se décida à la laisser faire. — Au moment où le couteau toucha la peau, la malade s'élança de la chaise sur laquelle elle était placée, et ne voulut plus laisser continuer l'opération. Cependant, à quelques jours de là, elle se décida de nouveau, et pria elle-même M. Wardrop de la faire contenir par un nombre suffisant d'aides vigoureux. Ce nonobstant, lorsque le bistouri vint à entamer le cuir chevelu, elle fit un bond violent et s'échappa des mains des aides. — Or, elle comprenait l'absolue nécessité de l'opération, et elle était tombée dans un profond découragement; elle voulut donc que M. Wardrop tentât de nouveau l'ablation. — Ce praticien pensa alors que s'il faisait tomber la malade en syncope il pourrait l'opérer aisément. Celle-ci consentit avec empressement à l'emploi de ce moyen. On ouvrit donc largement la veine du bras, et la malade se tint debout jusqu'à ce qu'elle tombât en syncope. — Il fallut tirer cinquante-quatre onces de sang. Dès que la syncope fut complète, M. Wardrop enleva la tumeur, ce qu'il fit sans presque d'hémorrhagie. — La malade, reportée dans son lit, revint bientôt à elle, et ne voulut croire qu'elle avait été opérée que lorsqu'on lui eut présenté un miroir.

M. Wardrop se demande si, dans le plus grand nombre des opérations chirurgicales, un pareil moyen ne doit pas être tenté. Par là, en effet, on évite au malade d'horribles douleurs, et la syncope en elle-même n'a rien de grave, et, d'ailleurs, elle suit presque toujours les opérations. La perte de sang produite par la phlébotomie n'est pas plus considérable que celle qui accompagne ordinairement les grandes plaies chirurgicales. — M. Wardrop a, d'ailleurs, souvent usé de cette méthode,

sur laquelle il avait déjà appelé l'attention il y a quelques années. (*The Lancet. August. 3. 1833.*)

ANÉVRYSME DE LA PORTION INGUINALE DE L'ARTÈRE CRURALE. — LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE. — GUÉRISON; par M. MARTIN SINCLAIR, D. M.

John Chantler, portefaix, âgé de 28 ans, se mit, le 28 mars 1832, entre les mains de M. le docteur Sinclair, pour être guéri d'une tumeur qu'il portait dans l'aîne droite. Le commencement de la maladie datait du mois d'octobre 1831; la tumeur avait, à cette époque, le volume d'une bille, et n'était guère sensible que par ses pulsations. Les efforts réitérés auxquels était soumis le malade semblaient être la cause de l'anévrysme. Celui-ci avait augmenté graduellement, et il avait aujourd'hui le volume d'un œuf de cane. Il était situé immédiatement au-dessous du ligament de Poupert; ses pulsations étaient violentes et isochrones aux mouvemens du cœur; chaque impulsion soulevait les tégumens à plus d'un pouce. La peau qui recouvrait la tumeur avait une couleur naturelle. Les mouvemens de l'articulation coxo-fémorale étaient difficiles; la santé était bonne d'ailleurs.

Le malade fut immédiatement mis à la diète, placé dans une position horizontale et purgé doucement; on lui donna aussi quelques cuillerées à bouche d'une potion calmante.

L'opération fut faite le 3 avril 1832. Le malade fut placé sur un lit en face de la croisée. L'opérateur se plaça du côté de l'anévrysme. Une incision semi-elliptique de quatre pouces d'étendue fut faite à la peau, deux pouces au-dessus du ligament de Poupert, les deux extrémités de l'incision regardaient en haut et en dehors, et se terminaient l'interne à un pouce et demi de la ligne blanche, l'externe vers l'épine iliaque supérieure. Les fibres

de l'oblique externe furent alors coupés en travers avec le bistouri, et celles de l'oblique interne le furent à leur tour à l'aide d'un bistouri boutonné que l'on conduisit de dedans au dehors, dans le sens de la plaie des tégumens. Le péritoine fut alors repoussé doucement en haut avec les doigts, et l'on sentit aisément les battemens de l'artère iliaque. La gaine du vaisseau fut divisée avec l'ongle, et une aiguille à ligature servit pour passer un fil au-dessous de l'artère. Dès que la ligature eut été serrée, tout battement cessa dans la tumeur de l'aîne. — On réunit par première intention à l'aide de la suture entortillée; le membre fut enveloppé de flanelle. Cependant la plaie ne put être réunie sans suppurer; le fil se détacha le treizième jour, et la tumeur s'affaissa, disparut, et le malade put reprendre bientôt ses pénibles occupations. (*The Lancet. August. 17. 1833.*)

TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT PAR L'HUILE DE GOUDRON.

Un matelot anglais avale précipitamment un verre d'huile de goudron croyant boire du rhum. Il craignit d'être surpris, et continua son service pendant plusieurs heures. Six heures après il commença à éprouver tous les symptômes d'un véritable empoisonnement. Vomissemens abondans, prostration, douleurs violentes dans les entrailles et dans les reins, sans mal de tête, sans battemens des artères temporales. On lui donna l'ipécacuanha, et il rendit en grande quantité l'huile de goudron. Des purgatifs lui firent évacuer par les selles une assez grande quantité de cette même substance. — Le lendemain matin il ne lui restait que de la faiblesse et de l'ardeur d'urine. — Il alla à bord où il resta une partie de la journée. — Le troisième jour il était entièrement guéri. (*The Lancet. 3 August. 1833.*)

A. TROUSSEAU.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

DE LA MÉDECINE ET DES MALADIES LES PLUS COMMUNES DANS LA TURQUIE D'EUROPE ET LA TURQUIE D'ASIE; par le docteur OPPENHEIM, assesseur du collège impérial de Russie.

L'auteur de cet ouvrage, dont les *Annales* de Hecker donnent une analyse étendue, a suivi comme médecin militaire l'armée russe dans la campagne de 1828; et, vers la fin de cette campagne, la protection du grand-visir et de plusieurs Turcs distingués lui permit d'exercer son art en Orient. Familiarisé avec la langue turque, il a vécu assez long-temps avec les musulmans, s'est assez mêlé à eux pour que nous lisions avec intérêt les détails qu'il nous donne sur l'état de la médecine et sur les mœurs médicales de ce pays.

Le père de la médecine turque est le fameux derviche arabe Lochmann, que le grand prophète lui-même initia aux secrets de cet art divin. Il n'a point laissé d'ouvrage, mais les légendes arabes racontent de lui les choses les plus merveilleuses: lorsqu'un malade entrait chez lui, il avait de petites boîtes qui s'ouvraient d'elles-mêmes pour lui offrir le remède convenable, et lorsqu'il se promenait dans la campagne, les fleurs et les plantes lui parlaient pour lui apprendre leurs vertus médicales.

Lochmann était de l'ordre des Derviches errans, et enseigna son art à plusieurs des derviches de son ordre. Mais toute la science de ces hommes ignorans se bornait à la connaissance d'un petit nombre de plantes et de leurs propriétés médicales; la divination était le fondement de leur médecine. Leur croyance à l'astrologie, à la nécromancie, à l'action des talismans, aux figures cabalistiques, était profonde. Ainsi ils portaient l'extravagance jusqu'à faire avaler aux malades des mots de l'alcoran écrits sur un morceau de papier, ou bien l'eau avec laquelle ces mots avaient été lavés et effacés du pa-

pier. Ils avaient, outre cela, leurs jours *blancs* et leurs jours *noirs*, et pendant ces derniers aucune opération n'était faite: le mardi était le jour néfaste, le vendredi un jour heureux, le jour blanc par excellence, parce que c'est le vendredi que Mahomet, poursuivi par ses ennemis, s'enfuit de la Mecque à Médine.

Toutefois, les Turcs éprouvent souvent le besoin d'une médecine plus vraie et plus efficace; sous ce rapport, ils ont grande confiance dans les Européens auxquels ils présentent leurs bras dès qu'ils souffrent, car ils croient que tout le diagnostic est dans le pouls. Beaucoup d'aventuriers profitent de cette disposition de l'esprit turc pour se faire médecins. A Smyrne, le docteur Oppenheim s'est trouvé en consultation avec un médecin français qui était tout simplement un tambour-major de l'armée de Napoléon.

Les Turcs sont encore dépassés, pour la manie cabalistique, par les pseudo-médecins grecs dont le pays est infesté. Ceux-ci se divisent en trois classes: 1° Ceux qui en Europe, et particulièrement en Italie, ont un peu étudié. 2° Ceux qui ont appris de leurs pères. 3° Ceux qui ont servi quelque temps sous un pseudo-apothicaire ou sous un pseudo-médecin. Beaucoup de ces Grecs viennent des îles Ioniennes; c'est d'eux que la faculté de Paris dit: *Examinamus asinum et mittimus in Asiam*. Les vieux sont Brownistes, les jeunes sont partisans de Rasori ou de Broussais. Ils sont généralement pauvres, et, avec leur sac sur l'épaule, ils se promènent dans les bazars, criant: *Un Hekim, tâtant le pouls*, disant aux malades: *Je connais ton mal*, et leur donnant pour deux paras une pilule ou une poudre. Cependant M. Oppenheim a rencontré plusieurs médecins instruits et distingués en Turquie.

Il n'y a point d'apothicaires, excepté à Constantinople, et chaque médecin donne ses drogues. On comprend comment, avec cette médecine aveugle et barbare, avec l'absence de toute police médicale, les empoisonnemens doivent être faciles. C'est ce qui arrive en effet, et non seulement par hasard, mais par préméditation. Le

médecin se prête à ces crimes d'autant plus facilement qu'il est dans la doctrine religieuse de plusieurs turcs de regarder comme légitime le meurtre d'un ennemi.

L'influence de cette déplorable médecine se fait sentir encore plus sur la mortalité des enfans que sur celle des adultes. Dans un pays où la variole est commune et la vaccine très peu répandue, où la scarlatine épidémique règne souvent; qu'on se figure les ravages que doivent faire ces maladies! La rougeole, les scrofules sont beaucoup plus rares qu'en Europe. Les affections vermineuses attaquent un très grand nombre d'enfans, et les noyaux d'abricots sont l'antheimintique populaire. Le docteur Oppenheim a eu six fois occasion d'observer le ver filiforme (*Dracunculus*, *filaria*, *vena medinensis*); qui se trouvait dans de nombreux abcès répandus sur différens points du corps. Cette maladie, accompagnée de douleurs insupportables, est dangereuse et facilement mortelle si on ne parvient pas à découvrir le siège des vers pour en faire l'extraction. On croit que ce ver s'introduit dans l'économie par l'eau de pluie lorsqu'elle est avalée; sa longueur varie depuis trois pouces jusqu'à dix pieds et plus; les symptômes qui en font connaître la présence sont: une douleur de picotement de plus en plus vive, la rougeur de la partie, et bientôt une petite tumeur dure qui peu à peu se ramollit et donne issue au pus et au ver. Les nouveau-nés sont très sujets à cette maladie.

L'hypocondrie est une maladie commune chez les Turcs parmi les hommes d'un âge mûr, et elle trouve son explication dans la paresse des grands, dans la prédominance de vie animale qu'ils aiment, à un âge où la nature demande le déploiement des forces de l'homme. L'hystérie, chez les femmes, est chose également fréquente et a sa cause naturelle dans leur genre de vie: continence forcée, abus des bains chauds et sollicitation mécanique des organes génitaux, soit pour supprimer, soit pour rappeler les règles, soit pour provoquer l'avortement. Comme la stérilité est en Turquie une honte pour la femme et la fait abandonner de son mari; les vieilles femmes des harems, aidées de leurs médecins, ont recours à une foule d'excitans pour pouvoir devenir grosses; à l'aloès, à la myrrhe, à l'ambre, au musc; au bezoar, à l'opium, etc. Et, au contraire, les jeunes filles se font ouvertement avorter, l'avortement étant permis les cinq premiers mois, parce qu'à cette époque, dans l'opinion des mahométans, le fœtus n'a pas encore de vie: de là de fréquentes et dangereuses hémorrhagies utérines après l'usage du safran, de la sabine, de la feuille d'oranger, du jalap, etc. Il n'est donc pas étonnant que la leucorrhée, le squirrhe et le cancer de l'utérus, la chute de cet organe s'observent fréquemment chez les femmes turques.

L'usage de l'opium à hautes doses est le dernier trait des mœurs turques que nous ayons à caractériser ici. Voici quels sont les effets de cette habitude si généralement répandue dans l'Orient: un vieux mangeur d'opium a le corps horriblement maigre, le teint jaune, la démarche lente, les membres tremblans, la colonne vertébrale voûtée, les yeux très enfoncés; chez lui, la digestion est difficile, la constipation fort opiniâtre, l'esprit, comme le corps, faible et abattu, la force génitale presque nulle, l'érection à peu près impossible. Lorsque l'opium, même à la dose de trois gros par jour, ne leur donne plus de sensation; ils y ajoutent le sublimé corrosif, à la dose d'une dizaine de grains par jour. M. Pouqueville a vu un homme âgé de plus de 100 ans, qui depuis trente ans prenait chaque jour un gros de sublimé corrosif.

(Hecker's Annalen, Juni 1833.)

EFFICACITÉ ÉVIDENTE DU SULFATE DE QUININE CHEZ UNE MALADE MENACÉE DE PHTHISIE PULMONAIRE.

Tel est le titre d'une observation communiquée à M. Hufeland, par le docteur Droste d'Osnabrück. Assurément la plupart des médecins français nieront que M. Droste ait eu, dans ce cas, affaire à une phthisie pulmonaire, car le signe pathognomonique de la phthisie (la pectoriloquie n'est point ici indiquée), et même aucun des signes stéthoscopiques n'est rapporté.

Toutefois la malade présentait cet ensemble de symptômes dont l'existence nous fait généralement dire qu'il y a menace ou première atteinte de phthisie pulmonaire, et puisqu'il est démontré que cette affection, à la vérité presque toujours mortelle, a guéri plusieurs fois par les seuls efforts de la nature, n'est-ce pas trop trancher que d'avancer qu'elle ne rétrograde jamais sous l'influence de l'art? N'est-ce pas aller trop loin que de nier *absolument* la valeur anti-phthisique des méthodes allemandes, lorsque, dans les observations des médecins allemands, toute la maladie, moins la pectoriloquie, a été attaquée? — Mais, comment dire aussi que leurs preuves sont concluantes? — D'accord; je demande seulement qu'on permette de dire qu'elles ont pour elles une très-grande probabilité, et qu'elles commandent un traitement semblable dans des circonstances semblables.

Dans l'observation du docteur Droste, une jeune femme de vingt-deux ans, qui depuis sa troisième couche avait de fréquentes douleurs de poitrine, toussait beaucoup, avait une expectoration abondante, avait la fièvre tous les soirs et des sueurs nocturnes, et maigrissait considérablement. Son père était mort jeune de la phthisie pulmonaire.

La première fois qu'il la vit, le 20 avril, M. Droste ne douta nullement qu'elle fût poitrinaire, et il lui prescrivit, sans espoir, une potion avec sel ammoniac, tartre stibié et extrait de jusquiame, et quelques jours plus tard, des frictions de liniment volatil sur la poitrine. Il n'y eut aucun amendement, et au contraire, la fièvre du soir était très vive, les sueurs nocturnes abondantes, l'amaigrissement rapide, l'anxiété extrême, la toux, l'expectoration les mêmes.

Dans l'idée que, quel que fût le fonds du mal, l'intensité de l'exacerbation du soir, cette rémittence pouvait donner prise au quinquina, le praticien d'Osnabrück prescrivit, le 28 avril, à l'intérieur: le sulfate de quinine à petites doses associé à la digitale et au soufre doré d'antimoine, et à l'extérieur: l'application d'un emplâtre stibié sur la poitrine.

Le 7 mai suivant, plus de fièvre le soir, plus de sueurs nocturnes, plus de douleurs de poitrine ni d'anxiété, plus de chaleur brûlante à la paume des mains et à la plante des pieds; très peu de toux; retour de l'appétit et des forces. Au bout de quatorze jours du même traitement, la malade fut considérée comme guérie, par ses parens et par le médecin.

Le docteur Droste a de la peine à se rendre compte de l'action exercée par le quinquina; car, dit-il, rien n'annonça qu'on eût affaire à une *fièvre-larvée*: est-ce au moyen du retour périodique de l'exacerbation nerveuse, comme il l'a observé d'autres fois? (*Hufeland's Journal Jul. 1833.*)

USAGE HABITUEL DE HAUTES DOSES D'OPIUM; par le docteur BURDACH.

Une femme de 38 ans accoucha deux fois naturellement et heureusement; sa santé fut bonne jusqu'à l'année suivante qu'elle devint de nouveau enceinte. A sa troisième couche, elle ressentit dans le pied gauche de très vives douleurs, qui lui firent demander vainement des conseils de différens côtés. Elle trouva enfin un médecin qui lui administra plusieurs doses d'opium en poudre; ses douleurs se calmaient immédiatement après la prise des poudres, mais ne tardaient pas à revenir. La malade prenait de nouveau l'opium, les douleurs disparaissaient, puis revenaient, puis la malade avalait l'opium, et toujours de la sorte. Au bout de six mois, cette femme en était venue à prendre habituellement *une demi-once d'opium pur* par semaine; sans cela elle endurait des douleurs insupportables. Quand le docteur Burdach la vit pour la première fois, elle était affreusement maigre, elle avait le teint terreux, cachectique, les yeux éteints, les traits de la face stupidement immobiles, les facultés intellectuelles très affaiblies, peu d'appétit, des selles rares, la peau froide et sèche, le pouls faible et lent.

EMPOISONNEMENT PAR DES CAPSULES DE JUSQUIAME NOIRE, par le docteur BURDACH.

Deux enfans de 5 ans, en jouant avec des capsules de jusquiame noire, en mangèrent plusieurs. Quelques heures après qu'ils furent revenus du lieu où ils avaient joué, on remarqua en eux un tremblement général des membres, de l'anxiété, de l'agitation, du désordre dans les paroles et dans les mouvemens. Les parens, ne sachant ce que c'était, commencèrent par leur administrer plusieurs remèdes domestiques, et entre autres choses leur firent prendre une grande quantité de lait. Comme les symptômes ne se calmaient pas, on alla chercher le docteur Burdach, à peu près six ou huit heures après l'ingestion des capsules de jusquiame. Les petits malades parlaient, riaient, chantaient d'une manière désordonnée, et ne reconnaissaient personne. Les muscles des pieds, de la face étaient agités de mouvemens convulsifs qui avaient de l'analogie avec ceux de la danse de St. Guy. Quand on voulait les réprimer dans leurs mouvemens, ils déployaient une très grande force pour se débattre, et cherchaient, avec une sorte de rage, à déchirer, à pincer, à mordre.

De moment en moment les dents grinçaient, la langue sortait de la bouche avec convulsion et en tremblant. Cependant les malades saisissaient le verre qui leur était présenté et buvaient sans trop de peine. Les yeux étaient brillans, roulant sans cesse, les pupilles dilatées au point que le cercle de l'iris se confondait presque avec celui de la cornée; du reste, aucune sensibilité aux changemens de lumière. Le pouls se percevait avec peine, était petit et très accéléré. Les renseignemens fournis par les parens sur la jusquiame, l'ensemble des symptômes et surtout l'extraordinaire dilatation des pupilles, ne laissèrent aucun doute sur la nature de l'empoisonnement.

Les deux indications qui se présentèrent au docteur Burdach furent : 1° d'expulser, par le vomissement, la matière narcotique de l'estomac et des intestins; 2° de remédier aux effets déjà produits sur l'organisme par l'absorption du poison. On donna donc, toutes les cinq minutes, une cuillerée à bouche d'une solution de six grains de tartre stibié pour quatre onces d'eau distillée, jusqu'à ce que le vomissement eût fait rendre des portions de capsule de jusquiame, et on administra de temps en temps des cuillerées de vinaigre et de café fort. Après huit vomissemens il y eut une diminution notable des symptômes. Le lendemain matin il fut prescrit de leur faire boire du lait et une tisane mucilagineuse en aussi grande quantité que possible; et le soir ils étaient tranquilles, sans délire, les pupilles beaucoup moins dilatées, sensibles à la lumière. Depuis ce moment le mieux fut décisif et progressif; les jours suivans on continua l'usage du lait et des boissons mucilagineuses, et M. Burdach ne tarda pas à apprendre la nouvelle de l'entière guérison de ses deux malades. (*Hufeland's journal jun. 1833.*)

DU TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE ET DE LA SYPHILIS; par le docteur J.-A. PITSCHAFT.

Pour les gonorrhées, dans quelque période que ce soit, le docteur Pitschaft prescrit presque toujours :

- R. Eau de menthe poivrée, quatre onces.
 Térébinthine de Venise, d'un scrupule à un demi-gros.
 Mucilage de gomme arabique, quantité suffisante pour faire une émulsion à laquelle on ajoutera :
 Eau d'amandes amères, un gros et demi.
 Sirop de guimauve, une demi-once.
- S. Toutes les heures une cuillerée à bouche:

Si le malade est très irritable, M. Pitschaft fait prendre en même temps, d'heure en heure, une cuillerée de la potion suivante :

- Prenez : Feuilles de jusquiame, demi gros.
 Faites infuser dans l'eau bouillante, ajoutez à six onces de colature :
 Térébinthine de Venise, demi-gros.

Gomme arabique. q. s. pour faire une émulsion.

Ajoutez :

Sirop de guimauve, une once.

Lorsque le système glandulaire est pris, que les testicules souffrent sympathiquement, que le malade a eu souvent la chaude-pisse ou qu'il est d'une constitution scrofuleuse, on prescrit :

R. Feuilles de ciguë, un scrupule.

Faites infuser dans l'eau bouillante, ajoutez à quatre onces de colature :

Térébinthine de Venise, d'un scrupule à un demi-gros.

Mucilage de gomme arabique. q. s. pour faire une émulsion.

Ajoutez :

Eau d'amandes amères, un gros.

Sirop de guimauve une once.

à prendre toutes les heures une cuillerée à bouche.

Il faut que pendant le traitement le malade renonce aux mets stimulans, qu'il ait pour boisson de l'eau crue ou sucrée, de l'eau de Seltz avec du lait, une bière légère, du lait d'amandes; qu'il porte un suspensoir, qu'il garde le lit autant que possible, qu'il prenne quelques bains, qu'il ait le ventre libre. Il y a très peu de cas dans lesquels cinq ou six des mixtures précédentes ne suffisent pas pour la guérison radicale. M. Pitschaft a trouvé cette méthode si sûre qu'il ne craint pas de la déclarer spécifique contre les gonorrhées virulentes. Pour les femmes, dont le tempérament est plus irritable que celui des hommes, il est plus modéré sur l'usage de la térébinthine.

Le même praticien traite depuis plusieurs années la syphilis, primitive ou consécutive, par le *précipité rouge de mercure* : la sabine, la sauge, les bains de sels (recommandés en mars 1829 par le *Journal d'Hufeland*) sont les adjuvans qu'il trouve les plus avantageux. Il oppose à la complication de cachexie le kina et le café de gland, et à celle d'une constitution scrofuleuse la ciguë à petites doses. — Il traite les ulcères chancreux, récents ou anciens, avec l'esprit de térébinthine, et vers la fin avec un mélange de térébinthine et de jaune d'œuf ou de mucilage de gomme arabique, mais toujours il emploie à l'intérieur le *précipité rouge*. Il laisse suppurer les bubons et couvre les exostoses d'une pommade de térébinthine et de mucilage de gomme arabique. Voici quelle est la formule pour le précipité rouge :

R. : Précipité rouge de mercure, trois ou cinq grains.

Acétaté de morphine, un grain.

Poudre de racine de guimauve. q. s. pour faire avec quelques gouttes d'eau distillée vingt pilules.

S. Prendre une pilule une heure après le premier repas et une heure avant de se coucher.

La syphilis récente guérit ainsi très rapidement; la syphilis ancienne demande plus de temps, mais il n'y a point d'accidens à craindre. La diète rigoureuse, si nécessaire avec les autres préparations mercurielles, ne l'est pas ici. La salivation ne se fait guère, et d'ailleurs est parfaitement inutile. Si les os sont affectés, la sabine est le meilleur adjuvant; si les glandes, c'est la ciguë; si la peau, c'est la sauge. (*Hufeland's journal, mai 1833.*)

ACCOUCHEMENS.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE; par le docteur WILDE de Berlin.

Le docteur Wilde rapporte l'observation d'une femme atteinte du choléra dans le neuvième mois de sa grossesse. L'opération césarienne fut faite dix minutes après la mort : l'enfant fut trouvé à terme, mort, avec les signes de congestion que portent les enfans qui ont péri d'apoplexie dans le sein de leurs mères. Ce résultat est parfaitement le même que celui qui a été obtenu pendant l'épidémie de choléra à la Maternité de Paris, où l'opération césarienne pratiquée à l'instant même de la mort, immédiatement après le dernier soupir, n'a donné que des fœtus morts, cyanosés.

M. Wilde pense que cette opération, faite après la mort, ne peut avoir de succès pour l'enfant que dans

les maladies rapidement mortelles. « C'est au moins, » dit-il, ce que tendent à établir les observations de « Velschius, de Bartholin, de Cluverus, de Felmann, d'Andreas, de Weber, d'Osiander, de Merriwan : mais lorsque, comme dans le cas qui vient « d'être rapporté, la maladie n'a terminé la vie qu'au « bout de trente heures, il n'y a point d'espérance à « concevoir pour la vie du fœtus. » Toutefois il ajoute que c'est là une proposition générale et non absolue; qu'on a vu pratiquer avec succès l'opération, même plusieurs jours après la mort; qu'Hermann (*Gaz. Méd. Chir. de Salzbourg*, 1824, n° 44) cite une femme qui a été ouverte trois jours après sa mort, et a ainsi donné deux jumeaux vivans; qu'Augenius (*Epist. Med., lib. vj, chap. 15*) parle d'une autre qui, dans les vingt derniers jours de sa vie, avait eu des vomissemens con-

tinuels et a cependant donné, après sa mort, un enfant vivant; que l'opération a été également pratiquée avec succès chez une femme morte après deux mois de diarrhée colliquative, et mentionnée dans le *Magasin de littérature étrang.* (Mai et juin 1823), de Julius et Gerson.

Les faits cités par le médecin allemand sont, comme on le voit, en plein accord avec ceux que nous avons rapportés dans notre 1^{er} n° (pag. 24), d'après le docteur Masson. Tout prescrit donc de faire l'opération césarienne après la mort, quelle qu'ait été la durée de la maladie, et quelque soit le temps écoulé (dans de certaines limites, bien entendu) depuis le dernier soupir. C'est donc dans un cas pareil que des milliers d'insuccès ne disent rien contre la possibilité d'un seul succès, puisque l'opération n'a aucun inconvénient. (*Rust's Magazin. Berlin*, 1833.)

H. GOURAUD.

REVUE DES JOURNAUX ITALIENS.

THERAPEUTIQUE.

VERTU CALMANTE DE LA BELLADONE.

Un homme, dans une chute de cheval faite sur des pierres, reçut une très forte contusion au bras droit et dans le flanc du même côté. Rendu chez lui, et revenu de l'état d'ivresse dans lequel il se trouvait, il commença à éprouver de fortes douleurs dans les parties affectées. Le lendemain les douleurs augmentèrent d'intensité; les applications chaudes et les cataplasmes de pariétaire n'arrêtèrent pas le moins du monde le développement de l'inflammation. A mon arrivée, je trouvai la famille dans la plus grande consternation, et le malade jetant des cris affreux arrachés par la douleur qui ne lui laissait pas un instant de repos. La main et le reste du membre, depuis le coude jusqu'à l'épaule, étaient extraordinairement rouges et gonflés. Un peu de camphre qui se trouvait dans la maison ayant augmenté plutôt que diminué la douleur, je cherchai dans le jardin de la jusquiame, avec les feuilles de laquelle je préparai un cataplasme que j'appliquai sur tout le bras. Au bout de trois heures le malade commença à se reposer et dormit à peu près deux heures: mais à son réveil la douleur le ressaisit avec une intensité plus grande que jamais. J'expédiai alors aussitôt un courrier pour la ville voisine, avec la commission d'apporter une once de pommade de belladone. Après trois frictions faites dans le courant de la journée, le malade, sur les deux heures de la nuit, fut calme et s'endormit; et, en continuant de même le troisième jour, il n'existait plus ni douleur, ni gonflement.

Un succès tout-à-fait semblable fut obtenu avec la pommade de belladone, chez un individu tombé du haut d'un arbre, dont le cas se rapprochait beaucoup du précédent.

C. GAGLIA, doct. méd.

EFFICACITÉ DE LA BELLADONE DANS LA RÉDUCTION D'UNE HERNIE ÉTRANGLÉE.

Une dame de 50 ans, de tempérament nerveux, portait depuis long-temps une hernie inguinale gauche, qui, de temps à autre l'incommodait, mais dont la réduction était très facile. Le 22 janvier, étant convalescente d'une fièvre gastro-rhumatique, et montant dans son appartement, cette femme sentit dans l'aîne malade une douleur si forte qu'elle fut obligée, sur-le-champ, de se mettre sur un lit et d'y rester. La douleur ne fit que s'exaspérer, et ils'y joignit des mouvemens convulsifs, des vomissemens, qui jetèrent la malade dans la situation la plus déplorable.

Cinq heures s'étaient déjà écoulées depuis l'apparition de ces effroyables symptômes, lorsque je fus appelé: je reconnus sur-le-champ l'étranglement de la hernie pour cause de ce triste état. Je me mis en mesure de faire la réduction le plus promptement possible, mais je fus vite obligé d'y renoncer, le moindre contact renouvelant les vomissemens et les convulsions. Il n'y avait pas de temps à perdre. Une demi-once de pommade de belladone fut tout entière, en plusieurs fois et dans l'espace de deux heures, étendue sur la partie douloureuse. Les symptômes ne tardèrent pas à se calmer, et j'en profitai pour

tenter une nouvelle réduction qui, en effet, fut supportée avec un calme merveilleux. L'intestin rentra dans l'abdomen, tous les symptômes d'étranglement disparurent, et la malade fut rendue à son premier état.

A. PÉRONE, doct. méd.

(*Osservatore medico*.)

DE L'USAGE DU CARBONATE DE FER DANS LES MALADIES CHRONIQUES.

Les préparations de fer jouissent d'une réputation méritée dans ces maladies, mais non pas toutes au même degré. Les deux faits suivans, publiés par le docteur Galli, dans le numéro pour mars et avril du *Répertoire médico-chirurgical de Piémont*, sont de nature à placer le carbonate de fer parmi les plus utiles.

1. Une dame, demeurant à une petite distance de la ville, était affectée, depuis plusieurs années, d'un développement considérable du foie et de la rate, qui rendait son abdomen toujours tendu, dur et douloureux; de plus, elle était affectée de constipation, d'anorexie, de dyspepsie et d'un embarras gastrique continu. La couleur de la peau était ictérique. Après plusieurs applications de sangsues à l'anus, et l'usage, continué pendant quinze ou vingt jours, d'extract de chicorée, afin de diminuer autant que possible l'état de phlogose et d'engorgement des viscères abdominaux, je prescrivis le carbonate de fer sous la forme de pilules à la dose de dix à douze grains dans le commencement, puis peu à peu à celle de trente grains, employant ainsi huit-cent-vingt grains en moins de trois mois. A mesure que la malade avançait dans son traitement, elle éprouvait une diminution proportionnelle des symptômes qui l'avaient tourmentée, à tel point qu'au bout de trois mois à peu près elle était pleinement rétablie.

2. Un jeune paysan, âgé de 25 ans, était atteint depuis deux ans d'une hépatite qui avait résisté à tous les antiphlogistiques. Sa santé allait se détériorant de plus en plus. Quand je le vis pour la première fois il était dans l'état suivant: peau un peu œdématisée, de teinte ictérique, légère fièvre le soir; œdème des pieds, toux, dyspnée, anorexie, dyspepsie, amaigrissement considérable, ventre gonflé surtout dans la région du foie, constipation, pouls légèrement irrité, mais sans dureté. Dans la vue de remédier à ces nombreux et graves désordres organiques, dont le point de départ me paraissait être dans le foie, je songeai au carbonate de fer, auquel je crus convenable d'associer la digitale pour combattre les phénomènes pulmonaires, la toux et la dyspnée. Ma formule fut la suivante:

R. Carbonat. de fer porphyr.	gr. ij.
Feuill. de digitale pourp. pulv.	gr. s.
Ex. de Pissenlit.	q. s.
Mêlez pour une pilule.	
F. S. A, pilules égales.	n° 60.

Le malade commença par prendre cinq de ces pilules par jour, et peu à peu il arriva jusqu'à quinze. Il prit ainsi, dans l'espace d'un mois et demi, à peu près sept cent-vingt grains de carbonate de fer. Au bout de quelques jours seulement de l'administration de ce médicament, il se trouva notablement mieux, et il fut com-

plètement rétabli lorsqu'il eut employé la quantité ci-dessus indiquée de carbonate de fer.

AMMONIAQUE LIQUIDE DANS L'AMÉNORRHÉE.

Nous avons déjà fait connaître, dit l'*Osservatore medico*, les heureux résultats obtenus par le professeur Lavagna, contre l'aménorrhée, au moyen des injections d'ammoniaque dans le vagin; nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs les observations publiées par M. Fenoglio, dans le numéro de juillet 1832 du *Repertorio medico-chirurgico del Piemonte*.

1. Dans la première, il est question d'une dame cachectique, triste, sujette, depuis sept mois, à une perte mucoso-puriforme abondante, qui avait remplacé la menstruation. On avait vainement essayé tous les moyens ordinaires. Des injections furent faites pendant plusieurs jours dans le vagin avec quatre ou cinq gouttes d'ammoniaque dissoutes dans trois onces d'eau distillée de mauve. Le flux puriforme diminua immédiatement, les douleurs de reins et les symptômes précurseurs de la menstruation ne tardèrent pas à se faire sentir, et la fonction menstruelle reparut quatorze jours après l'usage des injections ammoniacales. La santé se rétablit.

2. La malade qui fait le sujet de la seconde observation ressentit, après les injections, des douleurs lancinantes dans les lombes, fut prise d'une fièvre assez vive qui céda à une application de sangsues, et à la suite de laquelle le flux menstruel reparut, et avec lui la santé.

3. La troisième offrit une sensibilité encore plus pro-

noncée de l'utérus, et telle que les injections ne purent d'abord être tolérées; mais cette excessive irritabilité utérine une fois apaisée par quelques pilules de jusquiame et de ciguë, les injections purent être reprises. Il survint des douleurs de lombes assez fortes pour exiger des applications de sangsues. A la fin, la menstruation, qui était éteinte depuis sept mois, reparut et ramena la santé.

M. Fenoglio a soin d'avertir que s'il existait des maladies organiques de l'utérus, telles que des tumeurs squirrheuses ou de quelque autre nature, les injections ammoniacales ne manqueraient pas d'empirer l'état des malades; c'est pourquoi il conseille de commencer toujours par l'exploration de l'organe.

4. Cas malheureux, suivi de la mort, d'une dame chez laquelle une hémoptysie tenait lieu de menstrues.

5. 6. Cas d'issue douteuse.

7. Chez le sujet de cette septième observation, les injections ci-dessus indiquées, continuées pendant douze jours, rétablirent parfaitement les fonctions de l'utérus; cependant les douleurs des lombes et des aines se firent encore vivement sentir.

Les autres femmes qui furent soumises à ce traitement ne purent le continuer à cause de l'atrocité des douleurs qu'il occasiona.

De tous ces faits, l'auteur conclut que l'ammoniaque ainsi administré possède une action stimulante, diffusible, prompte, énergique, capable de rappeler l'utérus à ses fonctions normales, mais capable aussi de donner naissance à une métrite.

J. LEBAUDY.

III.—MÉLANGES.

Monstruosité. — M. Scoutetten a adressé de Metz à l'Académie des sciences des observations intéressantes sur un cas de monstruosité. Il s'agit de deux enfans du sexe féminin accollés par la partie supérieure du tronc, nés le 26 juillet 1832, et examinés par M. Scoutetten vivans le 11 juillet 1833. Une de ces filles est bien conformée, l'autre est acéphale. — L'enfant régulièrement conformé a deux pieds moins un pouce de longueur, est vif, gai, mange beaucoup, n'a pas de dents, mais s'annonce pour en avoir bientôt. L'ombilic bien formé adhère à un cordon unique. L'acéphale a onze pouces de longueur, adhère par la base de la poitrine à la partie correspondante de sa sœur, n'a pas d'ombilic puisque le corps s'isole au-dessous du point où devrait être l'ombilic. Les membres supérieurs sont beaucoup moins développés que les inférieurs. La colonne vertébrale est très déviée à droite. Les vertèbres du cou paraissent manquer, excepté peut-être la septième. La colonne vertébrale arrivée à la hauteur des épaules cesse subitement, et sa terminaison est recouverte par une grande quantité de tissu cellulaire et par la peau, qui en ce point offre une cicatrice arrondie de la longueur de quatre lignes.

Chez les deux enfans, les organes génitaux sont bien conformés; chez l'acéphale, l'anus manque complètement.

Fœtus de baleine. — M. Roussel de Vauzème a présenté le 5 août à l'Académie des sciences le modèle en plâtre d'un fœtus de baleine, extrait en sa présence du sein de sa mère aux environs de l'île Tristan d'Acunha (Océan Atlantique). Pierre Camper est jusqu'ici le seul qui ait eu en sa possession un fœtus de baleine; il en a donné une description sommaire dans ses œuvres posthumes. Le fœtus offert par M. Roussel pèse quinze livres, a de longueur deux pieds quatre pouces; en considérant que la portée de la baleine est de neuf à douze mois, que le baleineau, à sa naissance, a de douze à quinze pieds, on peut estimer que celui-ci a de deux mois à deux mois et demi.

Effets de la compression et de la dilatation de la Rétine. — Dans la dernière réunion à Cambridge de l'*Association britannique pour l'avancement des sciences*, le docteur Brewster a lu un mémoire sur les effets de la compression et de la dilatation de la rétine. Il établit qu'une légère compression augmente la sensibilité de cet organe

à l'égard de la lumière qu'il reçoit, et produit une sensation de lumière dans le moment même où l'œil est dans l'obscurité complète. D'un autre côté, si la rétine est dilatée tandis qu'elle est exposée à la lumière, elle devient tout-à-fait aveugle et insensible aux impressions lumineuses. M. Brewster conclut qu'une des causes prochaines de l'amaurose est la distension générale du globe de l'œil résultant d'une surabondance des fluides qu'il contient. Dans ce cas, se demande le savant anglais, la cécité ne pourrait-elle être diminuée par la ponction du globe de l'œil.

Bassin artificiel. — M. Mayor a présenté à l'Académie de médecine un bassin en fil métallique avec son historique et son application. Appelé depuis nombre d'années à donner des leçons à des élèves sages-femmes, et voulant qu'elles eussent, pendant le cours et lorsqu'elles exercent leur profession, à leur disposition la base de toute solide instruction, c'est-à-dire un bassin, le chirurgien de Lausanne eut l'idée de leur en faire confectionner à elles-mêmes en fil de fer. Il leur fit tracer, en fil métallique, les contours linéaires de l'os des îles du sacrum et du coccyx, ainsi que ceux des deux détroits, puis joindre ces lignes de métal au moyen de ce même fil de fer, en ayant soin de conserver à ce bassin artificiel les dimensions et les directions normales des détroits, de l'excavation, de l'axe, etc., du bassin naturel. La plupart des élèves sages-femmes exécutèrent leur bassin passablement, quelques-unes mieux, et une si bien que la pièce présentée par M. Mayor n'e est qu'une faible copie.

Sur tous ces bassins on pouvait manœuvrer avec la poupée, la main, et les instrumens comme sur le bassin osseux. Les leçons étaient faites sur ce nouveau mannequin, qui avait le grand avantage de ne masquer aux yeux de l'auditoire aucun des mouvemens de la main de l'opérateur, ni aucun des mouvemens que cette main imprimait au fœtus. Une autre facilité donnée par ce bassin métallique, c'est de pouvoir sur-le-champ simuler tous les vices de conformation du bassin, et conséquemment de rendre plus évidentes toutes les modifications de manœuvre qui se trouvent par là nécessitées. Sous tous ces rapports le bassin de M. Mayor pourra être d'un grand secours pour l'enseignement de l'art des accouchemens.

Le chirurgien suisse a donné ensuite quelques explications au sujet de cette proposition, relative à la ver-

sion qu'il a émise il y a nombre d'années, que l'accoucheur peut opérer avec la même main, quelle que soit la position du fœtus. Il a démontré, en effet, que la main la plus maladroitement choisie, lorsque la femme était couchée sur le dos, devenait apte à manœuvrer très bien lorsqu'on plaçait cette même femme sur les genoux ou seulement sur l'un des côtés, c'est-à-dire qu'il suffi-

sait de changer les rapports des pieds du fœtus avec la main de l'opérateur. Les rapports des pieds du fœtus vis-à-vis de la main étant de cette manière changés du tout au tout, il est évident que si d'abord la main était mal choisie, il en sera tout autrement après l'un ou l'autre des changemens dont on vient de parler.

IV.—ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

REGION OCCIPITO-CLAVICULAIRE.

Adulte, côté droit, grandeur naturelle, stature au moins ordinaire.

Pour mettre cette région parfaitement en vue et la disposer comme si l'on avait à opérer sur l'un de ses points, l'épaule a été fortement abaissée et portée en arrière, le cou *allongé* et la face détournée à gauche.—La préparation est simple, mais la dissection est longue et assez difficile.

Indication des parties. — A, l'occiput; B, le côté de la tête; B', l'oreille; C, le haut de la joue droite; D, le dessous du menton; E, le devant du cou; E', la nuque; F, le moignon de l'épaule; G, G, le haut de la poitrine.—*a, a, a, a*, coupe de la peau derrière l'oreille, l'occiput et le cou, et au dessus de l'épaule; *b, b, b*, la peau du cou écartée; *c, c*, le peaucier coupé; *d, d, d*, bord antérieur de la clavicule; *e*, articulation sterno-claviculaire; *f*, saillie mastoïdienne. — 1, origine du muscle occipital; 2, 2, 2, muscle trapèze; 3, 3, extrémité sup^{re} du muscle sterno-cléido-mastoïdien; 4, 4, pilier antérieur et 4', 4', pilier postér. du même muscle; 5, portion du m. grand complexus; 6, m. auriculaire postérieur; 7, petite portion du m. sterno-hyoïdien; 8, petite portion du m. sous-clavier; 9, 9, 9, m. splenius; 9', 9', faisceaux du splenius qui s'attachent au cou; 10, 10, 10, 10, 10, le m. angulaire de l'omoplate; 11, 11, 11, faisceau antérieur du m. scalène postérieur; 12, 12, 12, faisceau postérieur du même muscle; 13, 13, 13, m. scalène antérieur; 13', 13', m. omoplat-hyoïdien; 13'', petite portion du fascia du cou qui s'attache au bord inférieur du m. précéd.; 14, 14, portion claviculaire du m. grand pectoral; 15, portion sternale du même muscle; 16, 16, m. deltoïde; 16', 16', lame celluleuse dense ou fascia antérieur de l'aisselle; 17, 17, veine occipitale; 18, 18 et 19, racines et tronc de la veine jugulaire externe; 20, tronc veineux, coupé et lié, qui rassemblait la plupart des veinules superficielles de la région; 21, veine innommée assez constante, et qui faisait communiquer les veines antérieures du cou avec la grosse jugulaire cachée ici par le pilier postérieur du m. ster.-mastoïdien; 22, 22, v. acromiale et céphalique.—23, 23, artère auriculaire postérieure; 24, 24, a. occipitale; 24', div. de l'art. précédente; 25, 25, art. cervicale transverse superficielle; 26, 26, a. cerv. transv. profonde avec ses divisions; 27, tronc innommé ou brachio-céphalique; 28, art. car. prim.; 29, 29, 29, a. sous-clav.; 30, 30, ram. art. pectoraux; 31, art. acromiale, 32, 32, 32, rameaux cutanés.—33, branche postér. du nerf sous-occipital; 34, 1^{re} racine, 35, 2^e racine, 36, 3^e racine du plexus cervical; 37, 37, 37, rameau du plexus cervical qui contourne le bord postérieur du sterno-mastoïdien,

se divise et s'applique à sa face externe pour aller à destination; 38, 38, rameaux plus petits de même origine; 39, 39, petite racine et 40, 40, grosse racine du nerf phrénique ou diaphragmatique; 41, nerf phrénique; 42, 42, 42, rameaux sus-sterniens, 43, 43, 43, 43, rameaux sus-claviculaires, et 44, 44, 44, rameaux sus-acromiens du même plexus; 45, rameaux du même plexus allant au trapèze; 46, 46, 46, rameaux coupés qui allaient au tissu cellulaire et perçaient le peaucier; 47, 47, 47, 47, 47, anastomoses; 48, branche nerveuse relevée, qui allait au trapèze et venait du spinal; 49, 49, rameaux post-claviculaires; 50, rameau profond du même plexus; 51, 51, 51, 51, 51, racines du plexus brachial; 51', nerf sus-scapulaire; 52, nerf pneumo-gastrique.

REMARQUES.

Afin que nos remarques se conçoivent ou se retiennent mieux, et que les applications médicales et chirurgicales soient plus faciles à faire, il sera le plus souvent indispensable d'établir des divisions dans nos régions, et de donner un nom à chacune de ces divisions; mais nous déclarons n'attacher aucune importance, ni à nos divisions ni à notre nomenclature, être prêts à les délaïser pour d'autres, et disposés à user des noms déjà faits quand cela se pourra sans inconvénient.

L'espace déprimé compris entre les bords voisins des muscles trapèze et sterno-mastoïdien et la clavicule, ressemble à un plan conique à base inférieure, dont le sommet s'incline en arrière et va toucher l'occiput. Cet espace, qui fait le fond de la région, peut s'appeler provisoirement *sterno-cléido-trapèzien*, et se sépare naturellement en deux portions inégales, l'une supérieure au muscle omoplat-hyoïdien, l'autre inférieure à ce muscle. La portion supérieure n'a pas besoin d'être nommée, l'inférieure a reçu de M. Velpeau le nom d'espace ou triangle *omoclaviculaire*, et nous voulons le lui conserver.

Entre les piliers du muscle sterno-mastoïdien, se trouve un écartement très notable chez les sujets bien musclés, moins étendu chez ceux qui sont faibles et amaigris, et assez souvent caché par des fibres musculaires vagues qui passent obliquement du pilier postérieur sur l'antérieur, ou réciproquement. Cet espace qui, avec le précédent, est si important pour nous et doit nous être si bien connu, nous l'appelons *intervalle* ou *écartement mastoïdien*.

Enfin il y a un 3^e et un 4^e espaces, tous deux de grandeur et de forme variables, d'une importance bien différente, et qui se trouvent, l'un au haut du cône *sterno-cléido-trapèzien*, dont il fait partie, l'autre au dessous de la clavicule. Nous ne dirons qu'un mot de chacun d'eux.

Le *supérieur* a nécessairement la forme d'un

triangle curviligne, et on voit quels sont les muscles qui le circonscrivent; l'artère et la veine occipitales le traversent constamment; c'est là qu'il faudrait les chercher, les ouvrir, les comprimer, les l'ér, etc., si besoin était.

L'*inférieur* est circonscrit par la clavicule et les muscles deltoïde et grand pectoral; le fond est occupé par une membrane celluleuse qui n'est que la communication du tissu cellulaire sous-pectoral et sous-deltoïdien. Plusieurs vaisseaux de 3^e ordre se trouvent au-devant de cette membrane, qui a derrière elle le muscle sous-clavier et d'autres organes d'une grande importance.

Au-dessous d'un petit triangle *occipital* que remplissent les aponévroses supérieures du grand complexus, et dont nous venons de parler, se trouvent les muscles suivans, en comptant de haut en bas et d'arrière en avant: le splenius ou les splenius, l'angulaire de l'omoplate, le scalène ou les scalènes postérieurs, le scalène antérieur et l'omoplat-hyoïdien. — *Splenius*. Leur distinction en splenius de la tête et splenius du cou est surannée; ils viennent tous deux de l'épine, et demeurent unis jusqu'au bord externe du trapèze; là, deux ou trois faisceaux de fibres inférieures s'en séparent et tombent dans le cou, c'est le splenius du cou; le reste monte et s'attache à la ligne courbe en passant sur l'ar. occipitale, c'est le splenius de la tête. — *L'angulaire de l'omoplate* est remarquable par ses tendons d'attache, visibles en dehors du mastoïdien. Ce muscle a d'abord une face externe, une interne, et ses bords sont contigus aux splenius et au scalène postérieur; en descendant, il tourne; ses faces deviennent bords, tout-à-fait inférieurement sa face interne est antérieure et *vice versa*. — *Le scalène postérieur*, assez mal séparé de l'antérieur par les racines du plexus brachial et l'artère sous-clavière est toujours divisé en plusieurs faisceaux, dont l'antérieur est le plus long, et en forme de fuseau; le faisceau postérieur seul est vraiment triangulaire et scalénique, comme on l'aperçoit ici. — *Le scalène antérieur* s'insère à la côte derrière la clavicule; il a au-devant de lui la petite jugulaire, et son bord externe que l'on voit ici brillant d'aponévrose, est une indication précieuse pour trouver l'art. sous-clavière. — *L'omoplat-hyoïdien* n'est tendu et presque horizontal que par le fait de l'abaissement forcé de l'épaule; le *fascia cervical* le maintient rapproché du sternum et l'empêche de se tendre directement de l'hyoïde à l'omoplate. On voit de quel secours est aussi ce m. pour guider dans la recherche de la sous-clavière.

Au fond de l'écartement mastoïdien, à un doigt de profondeur, on voit un peu du muscle sterno-hyoïdien et la division du tronc innominé en sous-clavière et carotide primitive. Assez souvent cette division du tronc innominé est plus basse, et c'est là un détail essentiel à noter. La veine communicante est presque toujours où on la voit; mais le pneumo-gastrique ne manque jamais d'y être et de donner là son récurrent. A quelques lignes du pneumo-gastrique, derrière le pilier postérieur mastoïdien se trouve la veine jugulaire interne.

La portion de surface des muscles trapèze, deltoïde et grand-pectoral, que nous apercevons ne doit pas nous arrêter. On voit à quelle hauteur du trapèze sort le nerf sous-occipital; souvent c'est

plus en dehors ou plus en dedans qu'on le voit paraître. La face externe du sterno-mastoïdien est à mieux connaître, parce qu'elle est toujours couverte de beaucoup de nerfs, et qu'elle supporte le plus souvent les racines et le tronc de la veine jugulaire externe.

C'est devant le muscle angulaire de l'omoplate, et entre les attaches supérieures des scalènes, que sortent et se mêlent les trois premières racines *visibles* du plexus cervical. Ce plexus ne ressemble jamais à lui-même, non plus que les branches qui en naissent, ni les anastomoses; *il a été préparé et dessiné ici avec une minutieuse fidélité*.

Les artères cervicales transverses, superficielles et profondes, ne paraissent hautes que parce que l'épaule est abaissée; elles naissent, la superficielle de l'artère cervicale ascendante, toujours cachée par le pilier postérieur du sterno-mastoïdien, et la profonde du tronc sous-clavier lui-même. Nous prions de remarquer la position précise de ce tronc sous-clavier *au-dessus de la clavicule, au-dessous de l'omoplat-hyoïdien, en dehors du scalène antérieur, en dedans des racines du plexus brachial* Il est postérieur d'un demi-doigt à toutes ces choses, et toujours caché par du tissu cellulaire dense; il a cette forme, cette courbure et cette direction dans l'immense majorité des cas; jamais nous ne l'avons vu *presque horizontal* comme on l'a représenté. Derrière le scalène antérieur et le pilier postérieur du mastoïdien, ce tronc donne plusieurs artères notables; la thyroïdienne inférieure, la vertébrale, etc. C'est surtout cette dernière qui, tirant en haut le tronc non loin de son origine, en altère la courbure et en élève la direction.

Il n'y a point de partie du corps dont la structure soit plus compliquée que celle du cou; aussi il n'en est pas, excepté l'œil, dont les maladies soient si nombreuses et si variées. Nous ne saurions nous occuper ici d'aucune d'elles avec détail, et nous devons ne rien dire du tout de celles qui intéressent la trachée-artère, le larynx, la glande thyroïde, ou l'œsophage et le pharynx, tous organes qui ne sont pas de notre région.

A. Tous les genres de plaies peuvent s'observer sur le côté du cou, et l'on conçoit combien les complications sont faciles et sérieuses, à raison des vaisseaux, des nerfs, etc., qu'on y rencontre; à raison de ce que, chez les sujets maigres, les racines nerveuses et les trous qui les laissent passer se trouvent presque sous la peau: un instrument tranchant peut les y couper, ou une pointe s'y introduire et pénétrer jusqu'à la moelle de l'épine.

Le débridement d'une plaie, la recherche ou l'extraction d'un corps étranger, le choix et l'application des appareils, le mode de pansement, etc., toutes ces choses qui font tant pour ou contre un succès définitif, ne peuvent se bien faire, surtout au cou, sans une connaissance suffisante de la disposition des parties. L'ouverture des abcès du côté du cou doit se faire de bonne heure, dans la crainte que le pus, au lieu d'user la peau distensible de cette partie, ne fuse dans la cavité thoracique; s'il y avait trop à craindre et qu'on n'osât employer le bistouri, on devrait se servir de la pierre à cautère.

Les opérations que le chirurgien peut prati-

quer sur le cou sont aussi variées que ses maladies elles-mêmes et impossibles à déterminer d'avance. Nous ne parlerons que de la ligature de l'artère sous-clavière, et de l'ouverture de la veine jugulaire.

Ligature de l'artère sous-clavière. — Les raisons qui portent à oblitérer subitement un vaisseau aussi gros et qui tient de si près au centre circulatoire, doivent être fortes et pressantes, et l'expérience n'apprend pas qu'il faille beaucoup espérer de cette redoutable opération. Cependant il y a des exemples de plein succès et cela suffit pour autoriser à la pratiquer. Il est évident que ce n'est pas pour les maladies de la sous-clavière elle-même qu'il faut lier ce vaisseau, à moins qu'on suive la méthode de Brasdor qui consiste à lier un vaisseau au dessous du point altéré; à moins encore que le mal n'ait son siège à l'extrémité de ce tronc et que l'on n'opère tout-à-fait à son origine, en dedans des scalènes. Mais lier la sous-clavière avant son entrée dans les scalènes, la lier même à son passage à travers ces muscles est quelque chose de trop dangereux. C'est donc pour guérir l'axillaire qu'on lie la sous-clavière: pour guérir la sous-clavière il faudrait opérer sur le tronc innominé, ce que nous ne conseillerons jamais. Le meilleur et peut-être le seul endroit où l'on doit découvrir la sous-clavière, c'est en dehors du scalène antérieur et immédiatement au-dessus de la clavicule.

On a conseillé de diriger l'incision en plusieurs sens, horizontalement, verticalement, obliquement; nous croyons qu'il serait *plus anatomique*, c'est-à-dire plus sûr et aussi plus commode, d'inciser suivant une double direction: 1^o verticalement, sur le bord extérieur du scalène antérieur; 2^o obliquement, de haut en bas et de dehors en dedans, de manière à ce que les deux incisions se rencontrent en haut et s'écartent en bas de deux travers de doigts. Le lambeau, facile à rabattre, permettrait d'arriver à coup sûr, et sans rien blesser, jusqu'à la grosse artère.

Saignée jugulaire. La saignée du cou ne se fait qu'à la jugulaire externe, encore est-elle rare ou presque inusitée, au moins parmi nous. Bosquillon, qui la conseillait souvent raconte que deux ou trois fois en assez peu de temps, cette opération si simple en apparence fut suivie d'accidens mortels. L'examen des parties montra que chaque fois une racine du plexus cervical avait été altérée et imparfaitement coupée.

La jugulaire est quelquefois d'un petit volume, et le chirurgien ne parviendrait pas à la faire saillir en appliquant fortement son pouce sur la veine, au-dessus du point choisi pour l'incision; une ligature est donc indispensable. Mais une ligature circulaire porterait directement sur les organes de la respiration, et serait très-dangereuse dans l'apoplexie, par exemple, de toutes les ma-

ladies celle qui indique le plus positivement l'ouverture de la jugulaire. C'est pourquoi deux compresses graduées seront placées sous les circulaires en dehors de la veine, pour protéger le larynx et concentrer la compression sur les tubes veineux. — Le malade est assis et placé de manière à ce que la lumière tombe sur les parties latérales du cou, un aide soutient la tête; les épaules et la poitrine sont entourées de linge, et l'opérateur est placé du côté de l'opération. Il place le pouce de la main qui ne doit pas saisir la lancette, un peu au-dessous du point de la veine qu'il veut ouvrir, et laissant saillir la moitié du fer, il incise la veine presque en travers, en coupant quelques fibres du peucier. L'incision est plus large que celle de la saignée du bras, car le dégorge-ment doit être prompt; le sang ne fait aucun jet, mais coule en bavant; on facilite sa sortie en plaçant sous l'ouverture de la veine une carte disposée en gouttière. On arrête le sang en ôtant les ligatures, et on panse simplement.

— B. L'action des muscles sterno-mastoïdien et peucier a besoin d'être égale et symétrique pour que la tête se maintienne dans sa rectitude naturelle. Or, si l'un de ces muscles ou les deux muscles d'un côté venaient à être atteints de paralysie, de contracture, de spasme, etc.; s'ils subissaient une section, une perte de substance, etc., on conçoit les lésions de fonction, et les accidens qui s'ensuivraient; on conçoit même, sans que nous le disions, la nature des moyens qu'il faudrait opposer à chaque espèce de lésion.

Enfin la seule inspection du col entier, ou de la partie qui nous occupe, peut éclairer le médecin attentif sur la prédisposition aux maladies, et l'aider même à reconnaître l'existence et le siège de plusieurs d'entre elles. Il paraît que la longueur et la forme du cou se lient plus ou moins étroitement avec le développement et la forme du thorax, avec le volume et la disposition des organes thoraciques. — *Le pouls veineux* ou le battement que les veines éprouvent, dans certaines circonstances, n'est jamais plus sensible et plus évident que dans les veines du cou, et dans la jugulaire externe en particulier. On sait que c'est un effet du reflux du sang qui, ne pouvant traverser le poumon, stagne dans les artères pulmonaires et dans le côté droit du cœur, en sorte que quand celui-ci se contracte, comme le sang éprouve un obstacle dans le sens ordinaire, il retourne dans le sens d'où il venait. Or, cette stagnation est une maladie grave, et le phénomène dont nous venons de parler, et dont le siège est au cou, se trouve être ainsi le signe certain d'une maladie du thorax.

Nous ne pouvons rien dire ici du rhumatisme, et des névralgies du côté du cou. Nous renvoyons aussi à une région prochaine tout ce qu'il y a à dire sur les vaisseaux, les nerfs, etc., de *l'écartement mastoïdien*.

Le Docteur JACQUES LÉBAUDY.

P. S. 25 septembre. Depuis quelques jours le choléra-morbus a reparu à Paris. Au moment où nous écrivons, le nombre des malades reçus, depuis cinq jours, dans les hôpitaux civils est de 59 ou 60, sur lesquels 22 ou 24 ont succombé.

Quelques cas se sont aussi montrés dans les hôpitaux militaires, non moins graves que ceux des hôpitaux civils.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette récrudescence épidémique.

JOURNAL DES CONNAISSANCES
MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° III. — NOVEMBRE 1855.

I. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

DES AMPUTATIONS DANS LES FRACTURES
COMPLIQUÉES.

L'Histoire chirurgicale du siège de la citadelle d'Anvers, que M. Hip. Larrey vient de faire paraître, résume, je pense, l'état actuel de la chirurgie militaire française. Or voici le précepte établi dans cet intéressant ouvrage à la page 200. « Amputez la cuisse dans tous les cas de fracture comminutive compliquée de plaie par arme à feu. » Et l'auteur ajoute à la page 311 : « Aussi le chirurgien en chef de l'armée a-t-il insisté auprès de nous sur cette règle réduite, pour ces cas, à un seul mot : *l'amputation.* »

Cette question a en effet été résolue affirmativement de nos jours par les hommes les plus habiles et les mieux versés dans la matière : elle peut être regardée comme chose jugée.

J'appelle cependant de cette décision, et je fonde mon opposition essentiellement sur cette considération décisive, que le jugement, quoique presque unanime, n'est nullement basé sur la nature même du mal, mais, et je le prouverai, sur l'imperfection des moyens propres à contenir les fragmens osseux, sur les mauvais appareils qu'on emploie généralement encore lorsqu'on a à traiter des lésions aussi graves.

Le mode de pansement est, en effet, ici, comme dans une foule de cas bien connus, un point tellement important, que, s'il nous est donné de pouvoir le modifier avantageusement, et de le rendre de plus en plus inoffensif, les chances de succès seront nécessairement en raison directe de ces circonstances plus ou moins favorables et heureuses.

Il en est ici exactement comme de toutes les affections chirurgicales, pour la guérison desquelles nous fondons nos plus belles espérances presque exclusivement sur la bonté de nos instrumens, de nos moyens et de nos procédés déligatoires. — Ainsi donc *l'appareil avant tout.* Et si vous nous demandez s'il faut amputer dans tel cas donné, nous vous demanderons à notre tour de nous faire connaître, tout d'abord, vos moyens de traitement : car si, par malheur, ils étaient détestables, vous pourriez bien avoir autant de mutilations que de fractures à soigner. Il est d'ailleurs un axiôme en médecine, c'est que la gravité des maux, leur incurabilité même ne sont presque jamais absolues, mais seulement relatives et en raison inverse des moyens plus ou moins parfaits que chaque praticien

peut leur opposer; de sorte que telle affection qui sera bien au-dessus des forces de tel homme de l'art, pourra céder comme par enchantement devant l'expérience ou l'adresse de tel autre. Or, à moins de prétendre et de prouver nettement, que le mode actuel de panser les fractures compliquées du fémur, ne laisse plus rien à désirer et qu'il est arrivé au dernier point de perfection possible, il est permis d'espérer que, mieux compris ou combiné d'une manière plus rationnelle et plus simple, ce mode pourra devenir, dans la suite, une ancre de salut dans la plupart des cas où l'on croit encore aujourd'hui l'amputation indispensable.

Pour jeter quelque jour sur cette matière, scindons-la, et envisageons la successivement dans ses deux élémens principaux : *l'état des parties molles, et celui de l'os*; et voyons ce que l'expérience nous apprend sur le traitement de chacun de ces deux états, considérés *séparément* et indépendamment l'un de l'autre.

Or, l'observation de tous les jours est là pour nous rappeler que les plaies contuses et déchirées des masses musculaires guérissent ordinairement, et qu'un chirurgien serait impardonnable s'il amputait en pareil cas, et surtout lorsque ces lésions ne sont pas portées à l'extrême. D'autre part, nous savons tous que la nature, sagement dirigée, triomphe facilement des fractures, lors même qu'elles sont accompagnées de quelques désordres dans les tissus environnans; et que l'homme de l'art commettrait une grave erreur si, méconnaissant les droits de la force médicatrice, il mutilait impitoyablement les malheureux commis à ses soins, et chez lesquels il n'observerait que des complications peu importantes.

Qu'y a-t-il donc de particulier dans l'un et l'autre de ces cas, qui puisse donner tant de confiance au médecin, et le détourner de l'idée d'emporter le membre? Tout consiste évidemment dans la facilité qu'a le chirurgien, d'un côté, de faire exactement tout ce qui est indiqué, et d'éviter, d'autre part, tout ce qui peut décidément nuire. Ainsi, dans les plaies qui *n'intéressent pas l'os*, et qui sont dues à des projectiles ou à des corps contondans qui ont labouré profondément des muscles nombreux et forts, tels que ceux de la cuisse, les parties lésées peuvent être débridées largement et couvertes de sang-sues, de cataplasmes ou de tels autres topiques appropriés; elles ne sont d'ail-

leurs jamais irritées par la pression et la dureté de lourdes pièces d'appareil; les pansemens ont lieu tous les jours, plus ou moins de fois, avec facilité et sans douleur; les mouvemens du corps et du membre en particulier se font, le plus souvent, sans éveiller l'irritation et sans meurtrir les parties affectées; le blessé n'est pas astreint à garder toujours le lit, etc. « le tout, « parce que l'os est entier, qu'il maintient tous « les tissus dans leur état normal, et que des « fragmens osseux ne viennent pas les blesser « sans cesse, comme il arrive nécessairement « lorsque l'os est mis en pièces. »

Lors, au contraire, que le fémur est fracturé avec peu de désordres dans les parties molles, le chirurgien peut, en quelque sorte, faire abstraction des lésions de ces dernières, ne s'attacher qu'à bien fixer les rapports des fragmens entre eux, et négliger impunément bien des précautions propres à ménager les tissus sensibles au milieu desquels se trouve l'objet important, *l'os brisé*. — Ainsi, il ne craint pas trop d'appliquer autour du membre d'épaisses couches de linges, de bandes, de remplissages variés, des attelles et des liens; et il ne redoute pas davantage d'appuyer et de serrer le tout plus ou moins fortement, et de laisser plus ou moins long-temps en place ce lourd appareil. — C'est qu'alors, en effet, je le répète, l'état de l'os est la chose essentielle, que sa consolidation est le but unique qu'il faut atteindre, et que cette condition, *sine qua non*, ne peut mieux être obtenue (ON LE CROIT DU MOINS) que par l'ensemble et l'accumulation de ces moyens contentifs connus sous le nom d'*appareil ordinaire*. Mais qui ne voit que cet appareil, dit ordinaire, s'il est supporté dans les cas de fracture simple, est un véritable *contre-sens* dans le traitement des fractures compliquées, et que c'est EN LUI précisément que gît la cause des chances, presque toujours funestes qu'on fait courir aux individus atteints de fractures avec altération grave des parties molles? Cela est si vrai que, si vous appliquez ce même appareil ordinaire à une cuisse dont l'os soit intact, et dont tout le mal consiste uniquement en plaies contuses, vous vous exposerez, sans nul doute, à voir se développer les accidens les plus redoutables.

Figurez-vous une fracture simple de la jambe, accompagnée de quelques lésions des muscles, vaisseaux et nerfs de la cuisse correspondante; et *vice versa*, ces mêmes lésions à la jambe coïncidant avec une fracture simple du fémur correspondant: évidemment vous n'amputerez ni dans l'une ni dans l'autre de ces suppositions; et très certainement aussi vous ne serez guère inquiet sur l'issue probable des plaies de la cuisse, bien que la jambe correspondante soit fracturée. Mais vous serez nécessairement un peu embarrassé de traiter bien, de front, les blessures de la jambe et la fracture de la cuisse du même côté. Je vais plus loin, et j'affirme que, tandis que dans le premier cas les désordres de la cuisse guérissent avec facilité,

ceux de la jambe; dans le second, vous inspireront, au contraire, des craintes fondées, et que si vous n'avez recours qu'à votre appareil ordinaire des fractures du fémur, vous courez risque de susciter des symptômes fort graves, et qui pourront nécessiter plus tard la perte du membre.

Les praticiens sauront apprécier la valeur de ces réflexions, et elles ne manqueront pas d'appeler leur attention sur la nécessité de simplifier de plus en plus, même pour le traitement des fractures ordinaires, nos divers moyens contentifs, et de les rendre aussi peu gênans que possible. Le meilleur serait donc, sans contredit, celui qui laisserait le membre *en pleine liberté*, comme s'il n'existait aucune affection de l'os, et que tout le mal fût réduit aux simples lésions des parties molles. Or, un semblable appareil existe, il est à la portée de tout le monde, comme nous le verrons dans un moment, et il peut s'adapter de telle sorte à la nature du mal, qu'il ne viendra jamais le compliquer, et qu'il le combattra au contraire très-énergiquement.

Le problème à résoudre pour le traitement des fractures compliquées du fémur est donc évidemment celui-ci: « Choisir un appareil « qui permette au chirurgien de faire *l'inverse* « de ce qui a lieu ordinairement; c'est-à-dire, « qui l'autorise à faire abstraction de l'état pathologique de l'os, pour s'occuper avant tout « de l'état des parties molles. » Celles-ci sont, en effet, et on ne saurait trop le redire, le point *tout vital*; et si leur délabrement n'est pas porté à cet excès qui repousse toute idée de conservation, *n'amputez pas, quel que soit pour ainsi dire l'état de l'os cassé*; mais alors ayez recours à un appareil qui mette bien à l'aise le chirurgien, et qui place le malade, à peu de chose près, dans les mêmes conditions de traitement que si l'os n'était pas fracturé, et que s'il ne s'agissait, en réalité, que de porter des secours à des parties molles plus ou moins gravement affectées et SEULES en souffrance. Toutefois, si vous ne pouvez pas faire usage de ce moyen précieux, ou si vous croyez avoir des motifs pour continuer à vous servir de l'appareil ordinaire, alors vous avez raison de vous prononcer hautement, et de proclamer le principe qu'il faut *amputer dans les complications graves des fractures en général et de celles du fémur en particulier*.

La question de l'amputation serait donc réduite à une question de simple appareil, et serait entièrement subordonnée à celle-ci. Sa solution pourrait en conséquence se formuler en ces termes: « Chaque fois que, pour le traitement « des fractures compliquées, on est obligé « d'avoir recours à un appareil *incompatible* avec « les exigences de ces mêmes fractures, il faut « amputer. N'amputez pas, au contraire, lorsque vous aurez à votre disposition un appareil *convenable* » (1).

(1) Ces mêmes conditions pourront servir à apprécier le mérite de tous les appareils connus et qu'on pourrait

Mais pour que cet appareil soit en effet *convenable*, il faut qu'il se présente de manière à pouvoir remplir les conditions suivantes. L'appareil doit permettre de débrider sur-le-champ et *en tout temps*, de soigner, suivant toutes les règles de l'art, l'inflammation, les dépôts, les hémorrhagies, la gangrène, etc., qui se manifesteraient; de faire usage de la glace, de l'eau froide, des sangsues et des topiques variés aussi souvent et aussi long-temps qu'il sera nécessaire; de mettre de côté toutes les pièces quelconques dont la présence ou la pression gênerait ou blesserait; de faire tous les pansemens avec facilité et sans douleur; de remuer le corps et le membre blessé sans réveiller l'irritation ou meurtrir les parties affectées; de sortir le malade de son lit aussi souvent qu'il sera convenable, afin de ne pas le laisser croupir dans l'inaction et périr d'ennui; enfin, et ceci est de la dernière importance et découle naturellement de ce qui vient d'être dit : « Toutes ces choses « doivent pouvoir se faire comme si l'os était « entier et qu'il maintint tous les tissus dans « leur rapport normal, de telle sorte, que les « bouts des fragmens soient immobiles, et ne « viennent pas blesser incessamment les parties « molles, comme il advient presque toujours « lorsque l'os contenu par l'appareil ordinaire « vient à éprouver quelques mouvemens. »

Le moyen chirurgical qui réunit tant d'avantages est d'autant plus précieux qu'il est très-simple et de facile application; c'est la *planchette suspendue* de Sauter, laquelle j'ai perfectionnée et simplifiée, et que j'ai plus particulièrement fait connaître dans un ouvrage publié depuis peu (1). Je dois y renvoyer le lecteur, afin de ne pas m'étendre inutilement par des descriptions difficiles à saisir, et dont on n'aura presque pas besoin si l'on jette un coup-d'œil sur les figures qui sont à la fin de ce livre. J'ajouterai seulement ici cette considération pratique bien importante, c'est que si cet appareil appliqué sagement et de bonne heure offre des garanties assurées contre l'amputation, il peut aussi, dans d'autres circonstances du moins, rendre cette opération praticable. Je m'explique: le chirurgien n'est appelé que lorsque déjà des accidens redoutables ont surgi, et qu'il serait de la plus haute imprudence d'ajouter encore au trouble circulatoire, nerveux, fonctionnel, etc., tout ce qu'une opération majeure entraîne nécessairement à sa suite; ou bien lorsqu'un désordre considérable s'est développé inopinément, et ne permet plus de songer à la conservation du membre. Il est évident cependant qu'on ne pourra le sacrifier que lorsqu'au préalable on aura obtenu des conditions plus favorables au succès de cette résection. Or, dans l'une et l'autre de ces suppositions, la planchette est le moyen le plus

convenable et le plus simple de temporiser et de permettre l'usage de tout ce qui sera jugé propre à opérer les amendemens sans lesquels, comme on sait, les opérations les mieux faites sont presque toujours suivies de revers.

Il me resterait maintenant à appuyer mes déductions sur des faits, et j'aimerais les tirer, surtout, d'entre ceux, si graves, qui résultent des *coups de feu*. Ces observations seraient décisives, et elles trancheraient d'ailleurs la même question appliquée aux jambes et aux extrémités supérieures. Mais je suis obligé d'avouer que, sous ce rapport, je n'ai presque rien à offrir à ceux qui ne connaissant pas toute la portée pratique du nouvel appareil que je propose, ne voudraient la juger que sur des succès nombreux. Cependant, en m'étayant sur l'analogie, et pour peu qu'on ne veuille pas établir une trop grande différence entre les plaies causées par les armes à feu et les blessures graves produites par les corps contondans, je pourrais citer, d'abord, un certain nombre de fractures de jambes accompagnées de tous les désordres qui résultent de l'écrasement par l'effet des blocs de pierre, des roues, des coups de pieds de cheval, etc.; je puis même ajouter une fracture comminutive des deux os par une balle qui avait traversé le tiers inférieur de la jambe. Je dirai encore que j'ai traité des fémurs brisés en éclats, et dont les fragmens s'étaient fait jour en déchirant les muscles et les tégumens. Tous ces cas ont été pansés sur la planchette suspendue, et guéris sans difformité ni accidens. Je puis peut-être mettre aussi, en ligne de compte, et toujours par analogie ou induction, le fait suivant; il mérite au moins d'être mentionné comme une fracture artificiellement compliquée, et parce qu'il offre au praticien un moyen nouveau de combattre les articulations anormales.

Isoz David, de l'Étivaz, âgé de vingt-huit ans, s'était fracturé la cuisse dans sa partie moyenne en avril 1828. Cinq mois après il n'y avait encore aucun signe de consolidation.

Dix nouvelles semaines ayant été employées en vain dans le but de parer à cette fautive articulation, je me décidai pour le procédé suivant. J'inclinai assez les deux fragmens obliques de ce fémur pour pouvoir glisser entre eux un très-gros trocart. J'en laissai la canule huit heures en place, et je profitai de ce canal métallique pour faire passer, à répétées fois, un mandrin arrondi dans l'articulation anormale, en ayant soin de le plonger dans l'eau bouillante immédiatement avant cette introduction. Au moyen de ce mandrin, dont la température était égale à celle de l'eau en ébullition, j'ai eu pouvoir cautériser et enflammer suffisamment les surfaces pseudo-articulaires et les mettre, par là, dans les conditions propres à provoquer plus tard une heureuse ankylose. En conséquence, et pour favoriser celle-ci, je mis le membre sur la planchette et j'eus facilement combattre, par des émoulliens, un gonflement phlegmoneux considérable, donner une libre issue au pus par une longue et profonde incision, et faire tous

indiquer encore; elles seront toujours comme la pierre de touche de leur valeur respective.

(1) L'auteur veut parler ici de son *Nouveau système de déligation* dont nous donnerons incessamment l'analyse. (N. D. R.)

les pansemens convenables. Aussi, et sans trop de troubles et de peines, je suis parvenu, en moins de trois mois, au but que je me proposais, et le jeune homme est sorti bien guéri de l'hôpital de Lausanne.

Le fait que je vais rapporter n'est pas moins digne de fixer l'attention des hommes de l'art :

Emmanuel Dubois, manoeuvre à Yverdon, âgé de soixante-quatre ans, fut atteint, le 26 juillet suivant, d'une balle forcée qui pénétra à quatre pouces au-dessus du genou gauche, à la partie interne, et qui, après avoir fracassé le fémur, se porta obliquement en bas et en dehors, dans le voisinage de l'articulation où elle est encore logée. MM. les chirurgiens Flaction et Junod, accourus d'abord après l'accident, firent les débridemens nécessaires et des recherches inutiles pour extraire le projectile. Appelé le lendemain, je me contentai de placer le membre sur la planchette suspendue et dans la demi-flexion, et de la recouvrir de cataplasmes émolliens. Le malade resta trois mois sur l'appareil dont il sut très bien apprécier tous les avantages. A part la fièvre et les douleurs inévitables un pareil cas, et qui bientôt se calmèrent, on n'eut aucun accident à combattre. Seulement il sortit d'abord plusieurs esquilles, et plus tard deux grosses portions nécrosées dont l'une avait deux pouces de longueur et une épaisseur égale à la moitié du cylindre fémoral. Au bout de cinq mois les plaies étaient cicatrisées, et Dubois commença à sortir et à marcher. Il n'est resté qu'une légère claudication provenant de la perte de substance de l'os, mais qu'une semelle un peu épaisse masque presque complètement. Le jeu de l'articulation est d'ailleurs libre, et aujourd'hui (juillet 1833), Dubois supporte la marche et la fatigue aussi bien que la plupart des hommes de son âge : il a même fait, l'année dernière douze lieues à pied dans un jour ; c'est-à-dire, qu'il est venu à Lausanne d'Yverdon, et qu'il est retourné dans cette dernière ville. Mais dans quelles circonstances s'est opérée cette guérison ? Chez un vieillard adonné à la boisson, dans l'asile du pauvre et avec des soins chirurgicaux tels que, livré souvent à lui-même, le blessé se pansait seul, et que lui-même aussi il a fait l'extraction de ses esquilles. Du reste, tous ces résultats ne surprendront plus, quand, après avoir pris une idée exacte de l'appareil indiqué et de sa manière d'agir, on voudra le soumettre aux épreuves suivantes :

1^{re} *Epreuve.* Placez-vous vous-même sur l'appareil en suspension, avec toutes les précautions indiquées pour en observer bien l'effet, et faites en même temps appliquer l'appareil ordinaire à votre autre cuisse. Restez sous l'influence de ces deux modes de pansement tout le temps nécessaire pour apprécier bien leur valeur relative et comparer leur manière d'agir.

2^e *Epreuve.* Brisez ou sciez le fémur d'un cadavre ; mettez bien en évidence les solutions de continuité ; placez et assujettissez sur la planchette et d'une manière convenable le membre

auquel vous n'aurez pas épargné les incisions, et faites la suspension. Examinez maintenant ce qui se passera dans l'os lorsque vous imprimerez des mouvemens à l'appareil, lorsque vous ferez remuer le corps en sens divers, ou lors même que vous porterez et placerez ce dernier ailleurs ; et dites-nous si vous ne regrettez pas qu'un moyen aussi sûr que facile à manier, soit en France si étrangement méconnu et mis de côté ? Et si, au siège d'Anvers il n'eut pas évité plus d'une mutilation et la perte de quelques braves ?

RÉSUMÉ.

1. L'amputation doit être repoussée du traitement de la plupart des fractures compliquées.

2. Si les chirurgiens ont dû, jusqu'ici, y avoir recours, c'est uniquement parce qu'ils étaient privés d'un appareil convenable.

3. Le seul applicable sera celui qui pourra maintenir en rapport et dans l'immobilité les fragmens osseux, tout en permettant de traiter les parties molles comme si elles étaient seules affectées et que l'os ne fût pas brisé.

4. L'état de l'os fracturé doit donc assez rarement influencer sur la détermination du chirurgien à l'égard de l'amputation.

5. Le délabrement des parties molles doit seul être pris en considération pour légitimer cette opération extrême.

6. Tant que ces derniers désordres, *quels qu'ils soient*, offriront des chances fondées de guérison, en les envisageant séparément et abstraction faite de la fracture, il ne doit pas être permis d'amputer.

7. L'amputation n'est de rigueur absolue que lorsque le chirurgien n'a pas à sa disposition les moyens qui lui permettent de traiter les lésions graves de tout genre qui compliquent les fractures, à peu près comme si celles-ci n'existaient pas.

8. Le seul appareil qui permette une semblable médication chirurgicale c'est celui que j'ai fait connaître sous le nom d'*hyponarthécie*, et dont l'application est aussi simple que facile.

9. Cet appareil est encore indispensable dans tous les cas où la conservation du membre étant jugée impossible, on ne peut cependant songer à son ablation qu'après avoir amendé l'état général du blessé ou celui du membre, et rendu par là l'opération moins chanceuse.

MATHIAS MAYOR, de Lausanne.

GRANULATIONS DE LA CORNÉE.

Considérations cliniques sur la cause ordinaire des ophthalmies rebelles, sur le véritable moyen de guérir ces ophthalmies en prévenant les désordres ultérieurs du globe oculaire, et la cécité plus ou moins complète.

Il n'est pas rare, surtout chez les sujets scrofuleux et même chez les individus en apparence d'une bonne constitution, d'observer des ophthalmies chroniques rebelles aux moyens antiphlogistiques les mieux combinés, aux dérivatifs les plus énergiques : *vésicatoires, sétons, cautères,*

moxas, etc. Alors on attaque des causes éloignées : vomitifs, purgatifs, vermifuges, diaphorétiques, diurétiques, etc. ; des diathèses : anti-scorfuleux, rhumatismaux, dartreux, scorbutiques, etc., des agens spécifiques : anticancéreux, psoriques, vénériens, etc. Dans la circonstance qui nous occupe, toutes ces médications ne produisent en résultat que des souffrances, l'épuisement de l'organisme, et pour les méthodes les plus inoffensives, au moins la perte souvent irréparable d'un temps précieux. L'altération locale fait des progrès et la membrane cornée sur laquelle on ne voyait absolument rien à l'œil nu devient progressivement le siège de nuages, d'ulcérations, de staphylôme, quelquefois avec dégénération carcinomateuse ultérieure du globe oculaire, dans tous les cas, avec perversion, quelquefois avec destruction entière de la vision.

Souvent témoin de ces désordres, même dans la pratique des plus habiles chirurgiens, nous commençons en 1818 des recherches approfondies sur cet objet important, nous examinons avec attention un grand nombre d'yeux affectés d'ophtalmies chroniques rebelles, sans cause particulière et spécifique à laquelle on puisse rapporter leur opiniâtreté. Sur quelques-uns, nous voyons des nuages, des boutons, des varices, des ulcérations ; sur un grand nombre, nous n'apercevons absolument rien d'étranger aux caractères communs des phlegmasies muqueuses. Cependant l'ophtalmie résiste à tous les moyens déjà signalés, elle marche vers une terminaison fâcheuse. C'est alors qu'il nous vient à la pensée d'observer ces yeux au moyen d'une loupe à deux verres pour éviter les illusions que peuvent entraîner des aberrations de sphéricité, de réfrangibilité dans une investigation aussi délicate. Quel est notre étonnement, lorsque nous découvrons sur ces cornées en apparence dans l'état normal, des papules coniques en nombre variable, donnant à ces membranes, lorsque l'on examine obliquement, l'aspect de l'acier poli dont la surface laisse apercevoir des points de rouille, ou sur lequel on a semé quelques grains d'une poussière très fine ! Cette première découverte est pour nous un trait de lumière. Ces altérations organiques de la cornée que nous désignons par le terme de *granulations*, d'abord insensibles à l'œil nu, sont le principe des lésions ultérieures auxquelles on remédie seulement lorsqu'elles frappent tous les regards, et déjà compromettent la vision par leurs développemens. Les picotemens, les douleurs cuisantes éprouvées par le malade, surtout pendant les frottemens respectifs des paupières et du globe de l'œil, l'insuffisance des anti-phlogistiques, des dérivatifs, etc., la résistance de l'ophtalmie, sa marche destructive de l'organe visuel, la possibilité de prévenir, d'arrêter ces désordres par une méthode simple, naturelle, en conservant la vue chez des sujets qui jusqu'alors avaient été si souvent condamnés à la perdre, tout s'explique et se prévoit. Nous allons démontrer dans l'histoire clinique de cette maladie comment nos espérances ont été justifiées par les faits.

Des granulations de la cornée. — Lorsqu'il s'agit d'un organe aussi délicat dans sa structure, aussi précieux que l'œil par ses fonctions, on doit apporter la plus scrupuleuse attention à

l'examen des phénomènes pathologiques, prévenir le développement des maladies et les combattre par des moyens positifs sans perdre un temps presque toujours irréparable au milieu des lenteurs d'une médecine expectante. Ces réflexions vont acquérir toute leur opportunité dans les considérations suivantes, et les bons observateurs sentiront que, même encore de nos jours, on traite beaucoup trop superficiellement le plus grand nombre des altérations de l'appareil visuel. Afin d'éviter ce reproche, nous examinerons les granulations de la cornée sous le rapport de leur nature, de leurs causes de leurs symptômes et de leur traitement, tous les principes que nous émettrons seront basés sur des faits publiquement recueillis, dont nous présenterons seulement l'analyse pour nous renfermer dans les bornes de cet article ; mais dont on peut lire tous les détails dans le Journal hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, tomes VI, pages 270 et 466 ; VII, page 274, où nous avons démontré les effets puissans du calomel pour un grand nombre de lésions oculaires.

Nature des granulations. — Nous désignons par ce terme, des papules cunéiformes, presque toujours invisibles à l'œil nu, très appréciables au moyen d'une forte loupe, offrant leur base à la cornée, soulevant la conjonctive par leur sommet rugueux, faisant éprouver des picotemens très incommodes pendant les frottemens respectifs de l'œil et des paupières, produisant assez bien les effets d'un grain d'acier incomplètement logé dans la cornée, portant le malade à frotter incessamment le globe oculaire comme pour se débarrasser d'un ou plusieurs corpuscules étrangers placés entre les paupières et lui. Ces papules nous semblent être des points de la cornée boursoufflés, disposés au ramollissement, à l'ulcération, transformations par lesquelles nous les verrons passer. Nous sommes d'autant plus en droit de soutenir cette opinion que souvent alors toute la cornée s'épaissit, se ramollit, s'allonge pour former ce que l'on nomme un staphylôme, sans inflammation antérieure, ou du moins, sans ophtalmie bien appréciable.

Causes des granulations. — Elles peuvent être générales ou locales ; au nombre des premières, nous avons quelquefois rencontré les diathèses vénérienne, dartreuse, rhumatismale, cancéreuse, scorbutique, etc. ; presque toujours la constitution scorfuleuse ; parmi les secondes, le froid humide, brumeux, l'air chargé de fumée, de vapeurs âcres, de matières pulvérulentes ; l'inflammation chronique de la conjonctive, de la cornée peut aussi les produire et consécutivement y trouver un aliment qui la perpétue. Dans un grand nombre de circonstances, nous les avons vu se manifester sans ophtalmie. Cause dans le premier cas, cette phlegmasie devient effet dans le second, avec des résultats ultérieurs absolument identiques.

Symptômes et marche des granulations. — L'inflammation de la conjonctive se propageant vers la cornée, surtout à l'état chronique, peut exister avant les granulations et devenir leur cause occasionnelle ; ce cas est le plus rare. Presque toujours, au contraire, les granulations précèdent l'ophtalmie, deviennent sa cause déterminante, et, dans l'un et l'autre cas, la raison

si que de son incurabilité par les anti-phlogistiques et les dérivatifs les plus puissans. La seconde modification étant plus ordinaire, et présentant la marche de l'altération dans toute sa simplicité, nous la choisirons de préférence comme type dans l'exposition des symptômes et dans leur enchaînement pour amener les autres lésions.

Sous l'influence des causes dont nous avons fait l'énumération, et plus spécialement d'un étiolement local ou général produit par la misère, la malpropreté, l'habitation d'un lieu bas, humide, et surtout par la diathèse écrouelleuse, on voit, au moyen de la loupe, s'élever à la surface de la cornée des papules grisâtres, cunéiformes, rarement uniques; nous en avons compté jusqu'à vingt, offrant le volume d'une pointe d'aiguille ou d'un très-petit grain de poussière; soulevant d'abord la conjonctive sans altération de cette membrane; picotemens très-incommodes, surtout pendant les frottemens du globe de l'œil et des paupières; larmolement; et, principalement lorsque plusieurs de ces petits points sont ulcérés, douleurs très-vives; photophobie qui, plus d'une fois, a fait confondre cette altération avec la névralgie de l'appareil ophthalmique. Le malade fuit la lumière, dont il prévient l'action en fléchissant la tête et contractant habituellement ses muscles palpébraux.

Les phénomènes pathologiques restent quelquefois assez long-temps dans cet état; mais plus ordinairement la conjonctive s'injecte, rougit, une ophthalmie se déclare avec tous les symptômes qui lui sont propres, et, chez la majorité des sujets, à l'état chronique. C'est alors seulement que le médecin étranger à la connaissance des granulations reconnaît une lésion matérielle. Pour lui c'est une inflammation de la conjonctive, tantôt simple, tantôt compliquée des constitutions scrofuleuse, rhumatismale, dartreuse, scorbutique, etc.; mais une inflammation dont la cause permanente va neutraliser les effets d'une thérapeutique établie précisément à côté de l'indication fondamentale. Saignées, sangsues, ventouses, collyres anodins, vésicatoires, sétons, etc., tout devient inutile, quelquefois même nuisible, et, pour nous servir d'une expression qui rende notre pensée dans toute sa vérité, *l'on traite ici les effets de la piqure sans avoir d'abord arraché l'épine*. Ce que nous disons des granulations, nous l'appliquerons également aux nuages, aux boutons, aux ulcères de la cornée dont le traitement local est presque toujours beaucoup trop négligé, même dans les ophthalmies qui s'y rattachent essentiellement. Ainsi, dans l'hypothèse la plus favorable où les accidens inflammatoires, combattus par des moyens opposés à leurs effets, n'ont pas compromis l'organe et la vision, cette phlegmasie passe ou se maintient à l'état chronique, et les granulations continuant leur marche vont nous offrir d'autres lésions matérielles variables pour les formes identiques par le fond.

Bientôt une ou plusieurs des papules deviennent appréciables à l'œil nu, forment la base de boutons grisâtres, jaunâtres, avec des nuances d'injection variables, suivant l'état vasculaire de la conjonctive qui se ramollit, devient fongueuse dans ces points et s'ulcère. La cornée suit les mêmes progrès; quelquefois seulement pour ses

lames superficielles: dans ce cas l'ulcération offre des bords taillés à pic, un fond grisâtre et pultacé. Nous avons quelquefois rencontré de ces ulcérations tellement petites qu'on ne pouvait les distinguer sans le secours de la loupe. Chez quelques sujets la cornée se trouve compromise dans toute son épaisseur; l'ulcère change alors de disposition et d'aspect. Ses bords sont inclinés; son fond noir offre bientôt une petite vésicule du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chenevis, faisant saillie dans plusieurs cas au-dessus du niveau de la cornée, *hernie de l'humeur aqueuse*, maladie qui démontre beaucoup mieux que tous les raisonnemens l'existence de la membrane de cette humeur contrairement à l'opinion de ceux qui l'ont niée. Les granulations, les boutons et les ulcères peuvent s'environner de nuages plus ou moins épais. Chez d'autres malades ce ramollissement des granulations devient plus général, s'étend à toute la cornée qui s'allonge en forme de doigt de gant. *Staphylôme de la cornée*. Sans cesse irrité par l'air atmosphérique, le froissement des bords palpébraux, celui-ci peut devenir carcinomateux, et même entraîner cette altération dans tout le globe oculaire.

C'est ainsi que de simples granulations, faciles à reconnaître, à détruire dans le principe, déterminent, lorsqu'elles sont ignorées, des maladies souvent incurables; compromettant quelquefois l'existence, et, dans les cas les plus ordinaires, pouvant altérer ou même abolir entièrement la vision. On prévient constamment ces fâcheux résultats par les investigations que nous venons de préciser, par la thérapeutique rationnelle et positive dont nous allons maintenant établir les bases fondamentales.

Traitement des granulations et de leurs effets.
— S'il n'existait encore aucun moyen positivement curatif de la maladie que nous décrivons, les considérations précédentes n'auraient qu'un intérêt purement théorique, et, d'après nous, d'une beaucoup moins grande importance; mais ce moyen est trouvé: les granulations peuvent être guéries sûrement dès le principe, et toutes les altérations graves qui les suivent en quelque sorte neutralisées dans leur foyer d'origine; dès lors ces considérations acquièrent une valeur pratique, dont il n'est plus possible de contester la réalité. C'est par cette raison que nous avons réservé les faits pour la partie thérapeutique de ce travail. Des exemples nombreux ne manqueront pas aux observateurs pour vérifier et confirmer, la loupe en main, tous les symptômes que nous avons signalés; mais il était indispensable d'apporter la sanction de l'expérience comme garantie des médications dont une pratique de quinze ans nous a démontré toute l'efficacité. Sans compter, en effet, les cas très-nombreux où nous avons arrêté la maladie dans ses progrès, dès le début, il s'en est également présenté beaucoup dans lesquels nous avons guéri, par ces médications, des ophthalmies jusqu'alors entièrement rebelles à tous les autres moyens.

Afin de préciser les indications et de poser des bases générales de traitement applicables à tous les cas particuliers, nous examinerons, sous ce rapport, les modifications fondamentales qui viennent ordinairement se présenter. Pour simplifier encore davantage, nous éviterons les détails re-

latif aux antivénériens, scrofuleux, scorbutiques, etc., aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, etc., dans les circonstances qui les réclament, ces moyens étant généralement connus; et nous insisterons exclusivement sur les médications locales et spéciales dont les unes sont ignorées pour les granulations, et dont les autres sont trop négligées pour les nuages, les boutons, les ulcères, etc. D'après les caractères pathologiques et les indications à remplir, nous diviserons ce paragraphe en quatre sections.

1^o *Traitement des granulations sans ophthalmie.* — Dans cette circonstance, quelquefois long-temps avant qu'il existe aucun symptôme inflammatoire dans la conjonctive, les malades se plaignent de picotemens très-incommodes avec larmolement, et même photophobie à différens degrés. Ces malades appartiennent à la classe des cacochymes et des scrofuleux. Un médecin consulté fait l'examen de leurs yeux, n'aperçoit rien, les renvoie sans traitement ou conseille des moyens incapables d'amener aucun résultat curatif. Nous savons déjà le sort qui les attend. Examinez les cornées à la loupe, et vous apercevrez, dans les cas de ce genre, des granulations en nombre variable, quelquefois même des ulcérations très-petites avec les caractères que nous avons signalés. *Prescription* : Eloignement des causes, anti scrofuleux, etc., usage d'un collyre fait avec : eau distillée 4 onces, calomel 10 grains, laudanum 15 gouttes. On double graduellement la proportion des médicamens relativement à celle du véhicule. Après dix ou douze jours, si les granulations ne sont pas détruites, on ajoute à ce moyen des insufflations de calomel pulvérisé à la vapeur. On les opère tous les deux jours, au moyen d'un tube, avec l'attention de faire frapper le calomel sur les parties malades, sans redouter son action sur les parties saines : aussi doit-on insuffler ce médicament plutôt en trop grande qu'en trop petite quantité, par exemple, de 2 à 6 grains, suivant l'extension de la maladie. Si l'emploi de ces médicamens excitait un peu d'inflammation, circonstance assez rare, on la combattrait également par les moyens appropriés les plus simples. La guérison est ordinairement complète du quinzième au trentième jour. Chez quelques malades cependant, il est nécessaire de continuer ce traitement pendant deux ou trois mois. Il ne faut, en effet, le cesser entièrement qu'après avoir constaté, par la loupe, un rétablissement parfait de la transparence, du poli de la conjonctive et de la cornée dans tous les points; excepté pour les cas d'ulcération où ces résultats sont quelquefois impossibles, en raison de la persistance des cicatrices. Du reste, la guérison est également achevée.

I^{re} *Observation.* — Anne Thouri, âgée de neuf ans, petite stature, constitution faible, diathèse écrouelleuse, habitant la campagne dans un lieu marécageux, nous est amenée, le 19 juin 1832, à la consultation gratuite de l'hôpital du Mans. Picotemens dans les yeux, larmolement continu, photophobie très-développée, flexion de la tête sur la poitrine, contraction tellement forte des orbiculaires qu'il nous est impossible d'examiner actuellement les yeux, ce que nous faisons quelques heures après dans un demi-jour très-doux; conjonctive humectée par les larmes; quelques stries vasculaires, mais aucun caractère notable

d'ophthalmie; aucun autre symptôme appréciable à l'œil nu. Avec la loupe : granulations très-fines, au nombre de huit, bien visibles sur l'un des yeux, et de quinze sur l'autre. Moyens hygiéniques appropriés, collyre d'après la formule; dès le quatrième jour, faculté de supporter la lumière, diminution des autres accidens; au dixième, guérison apparente, la loupe nous montrant encore plusieurs petites granulations, deux insufflations de calomel; guérison entière au vingtième jour.

II^{me} *Observation.* — Rifaut (Louis), âgé de quinze ans, constitution débile, diathèse scrofuleuse, face bouffie, nez épaté, croûteux, stature moyenne, habitant la ville du Mans dans un quartier bas, humide et malsain, vient nous consulter à l'hôpital, le 12 décembre 1831, pour une maladie des yeux qu'il porte depuis deux mois, ayant inutilement consulté deux médecins, dont l'un a prescrit des sangsues aux tempes, un collyre opiacé; l'autre un vésicatoire à la nuque et des antiscrofuleux; paupières comme œdémateuses, larmolement, photophobie, picotemens, douleurs très-vives dans les yeux; depuis quinze jours, le malade est obligé de se tenir dans l'obscurité; à l'œil nu : faible injection de la conjonctive bien plutôt variqueuse qu'inflammatoire, gonflement, rougeur des bords palpébraux; à la loupe : au moins douze granulations sur l'œil droit, huit sur le gauche, avec une très-petite ulcération. Moyens hygiéniques appropriés, collyre d'après la formule. Dès le second jour, amélioration notable dans le larmolement et la photophobie; au dixième jour insufflation de calomel, rougeur et douleur quelques heures après; au vingt-cinquième, après quatre insufflations et l'usage habituel du collyre, guérison entière. L'ulcération de l'œil gauche, très-superficielle, ne laisse aucune cicatrice visible.

2^o *Traitement de l'ophthalmie compliquée de granulations.* — L'inflammation de la conjonctive peut être, comme nous l'avons dit, effet ou cause des granulations. Pour les deux cas, après un certain temps, la première de ces maladies est toujours entretenue par la seconde. Dans cette circonstance il faut calmer d'abord l'intensité des symptômes inflammatoires par les moyens appropriés, par les narcotiques et les antiphlogistiques, établir la tolérance oculaire pour le calomel, et passer immédiatement à l'application du traitement spécial tel que nous venons de l'indiquer, avec la précaution de le graduer prudemment, de le mitiger ou même de le suspendre un, deux ou trois jours, pour y revenir suivant l'état inflammatoire et la susceptibilité de l'œil. Toutefois il ne faut pas s'en laisser imposer ici par les douleurs qui se rattachent directement aux granulations, et surtout aux ulcères de la cornée. Dans ce cas, en effet, le meilleur moyen de mettre un terme aux souffrances du sujet, à la photophobie, près desquelles toutes les autres médications viennent échouer, est le traitement spécial dirigé contre la lésion matérielle, contre cette épine dont il faut effectuer l'extraction.

III^{me} *Observation.* — Alphonse L..., âgé de treize ans, constitution délicate, diathèse écrouelleuse, taille petite, élève à l'école royale de La Flèche, éprouve en novembre 1827 : picotemens très-incommodes à l'œil droit, douze jours après

ophthalmie ; traitement anti-phlogistique et dérivatif, guérison incomplète, retour pendant l'hiver. En mars 1828 augmentation des accidens, nonobstant les sangsues, les vésicatoires, les collyres tempérans. L'habile médecin de l'établissement fait connaître aux parens ses craintes sur la perte ultérieure de l'œil. Le malade nous est conduit au Mans le 25 mars : conjonctive d'un rouge sombre avec engorgement notable, granulations nombreuses, dans les points boursoufflés, papules blanchâtres à leur sommet, cornée déjà trouble, vision presque nulle de ce côté, photophobie, céphalalgie sus-orbitaire, fièvre, traitement d'abord antiphlogistique, sangsues, collyres opiacés ; 30, diminution de l'ophthalmie, petite ulcération sur le trajet même des rayons lumineux ; 2 avril, collyre suivant la formule, insufflations de calomel ; 8, amélioration remarquable ; 14, état normal de l'œil, plus de granulations : le petit ulcère disparaît un peu plus tard ne laissant aucune cicatrice notable. Nous observons le malade quinze mois après, la vision est parfaite.

IV^{me} Observation. — Lemaitre (Anne), quatorze ans, constitution assez bonne, tempérament lymphatique, stature moyenne, encore impubère, habituellement exposée aux vicissitudes atmosphériques, éprouve en juin 1830 : picotemens à l'œil gauche, rougeur de la conjonctive, douleurs vives, larmoiement, photophobie, céphalalgie sus-orbitaire. Elle entre à l'hôpital du Mans le 26 : contraction des palpébraux, impossibilité de bien explorer, traitement antiphlogistique ; 4 juillet, symptômes inflammatoires dissipés, persistance des picotemens, nous découvrons avec la loupe un ulcère et des granulations multipliées, cautérisation de l'ulcère, collyre suivant la formule, insufflations de calomel ; 10 août, guérison parfaite, cicatrice presque imperceptible dans le point où siégeait l'ulcération indiquée.

3^o Traitement de l'ophthalmie compliquée d'ulcères. — Qu'ils soient profonds ou superficiels, avec ou sans hernie de l'humeur aqueuse, tous ces ulcères doivent être immédiatement combattus par le traitement spécial dès que la tolérance oculaire se trouve établie. Dans le plus grand nombre des cas, si les ulcères sont profonds, il est indispensable d'associer la cautérisation avec le nitrate d'argent aux moyens déjà conseillés : cautérisation facile en employant double anneau de M. Lusardi, représentant un l'ophthalmostut monté sur une tige, pouvant maintenir les paupières écartées, l'œil fixe indépendamment d'aucun secours étranger ; alors on touche l'œil avec autant de précision et de liberté que toute autre partie. Nous avons répété cette opération un grand nombre de fois sans aucun inconvénient. Deux ou trois cautérisations, pratiquées à cinq ou dix jours d'intervalle, suffisent ordinairement : la cure est achevée par les collyres et les insufflations. Dans cette médication les effets paraissent être *calmans* pour le laudanum, *absorbans* pour le calomel, et *escharrotiques* pour le nitrate d'argent.

Après ces guérisons, il reste ordinairement des cicatrices indélébiles, opaques, mais dont on réduit notablement la circonscription en prolongeant les insufflations de calomel, circonstance bien importante à connaître, surtout lors-

que ces cicatrices, que rien ne peut ici faire éviter, ont leur siège précisément sur le trajet des rayons lumineux.

V^{me} Observation. — Mélanie, vingt ans, constitution scrofuleuse, enfant de l'hôpital, éprouve, en 1821, plusieurs ophthalmies chroniques avec engorgement des bords palpébraux, rougeur, boursoufflement des conjonctives. Des médecins, des oculistes sont consultés : saignées, sangsues, collyres émoulliens, synapismes, vésicatoires, sétons, vomitifs, purgatifs, aucun résultat durable. Désespérée de l'inefficacité de tous ces moyens, et l'ophthalmie, après de nombreuses alternatives de diminution et d'augmentation dans les symptômes, ayant pris des caractères plus graves, la malade se fait recevoir à l'hôpital du Mans, le 28 juin 1827, dans l'état suivant : ophthalmie chronique des deux côtés, opacité notable dans toute l'étendue des cornées, ulcérations, végétations fongueuses pouvant inspirer des craintes sur le développement ultérieur d'un staphylôme, larmoiement continuel, photophobie ; insufflations de calomel, collyre suivant la formule : 6 juillet, la lumière est mieux supportée, la cicatrisation des ulcères marche franchement ; 17, douleurs assez vives dans les yeux, douze sangsues à la base du crâne, suspension du calomel, reprise de ce médicament trois jours après ; 8 août, guérison parfaite, œil droit dans l'état normal, œil gauche offrant seulement une cicatrice dont les insufflations diminuent beaucoup l'étendue.

VI^{me} Observation. — Le Roy (Alexandrine), dix-sept ans, constitution éminemment scrofuleuse, éprouve, en juin 1827, une ophthalmie aiguë d'abord négligée, ensuite combattue par les anti-phlogistiques et les dérivatifs les plus puissans, passage à l'état chronique, entrée de la malade à l'hôpital du Mans le 1^{er} septembre 1827 ; photophobie complète, nuages grisâtres et fongueux sur les deux cornées, ulcérations dans plusieurs points, et, du côté droit, hernie de l'humeur aqueuse du volume et de la couleur d'un petit grain de chenevis, gonflement croûteux du nez, de la lèvre supérieure ; antiscrofuleux, insufflations de calomel, collyre suivant la formule, après une application de sangsues ; 6, amélioration très-marquée ; 15, les nuages sont dissipés, la photophobie n'existe plus, cautérisation avec le nitrate d'argent ; 27, les ulcères superficiels sont guéris, nouvelle cautérisation de celui qui présente la hernie ; 6 octobre, tous les ulcères ont disparu : le plus profond laisse une cicatrice indélébile ; 17, à l'exception de ce point, les cornées ont recouvré leur brillant et leur transparence, la vision est parfaite et la guérison achevée.

4^o Traitement de l'ophthalmie compliquée de staphylôme. — Nous avons plusieurs fois réussi, vers le début de cette lésion organique, par l'emploi du traitement local. Dans les autres cas, l'excision de toute la portion membraneuse affectée, sans même vider l'œil, et par conséquent sans notable difformité, le concours ultérieur du collyre, des insufflations de calomel pour diminuer, affermir la cicatrice, nous ont présenté des résultats satisfaisans non seulement pour arrêter les progrès de la désorganisation, mais encore pour faire cesser les douleurs et l'ophthalmie que cette lésion entretenait depuis long-temps.

VII^e *Observation.* — Thulot (Jean), 28 ans, constitution assez robuste, tempérament sanguin lymphatique, stature moyenne, agriculteur, éprouve le 17 décembre 1829, du côté gauche, picotemens sur le globe oculaire, ophthalmie, élancements, photophobie. Soumise à des moyens peu rationnels, cette inflammation passe à l'état chronique. Dix jours après, ulcération de la cornée, hernie de l'humeur aqueuse, et progressivement, ramollissement, désorganisation de la membrane ulcérée qui devient opaque et s'allonge sous forme de mamelon entre les bords palpébraux; ophthalmie, douleurs vives, céphalalgie. Inquiet sur les conséquences dont il est menacé, Thulot se fait recevoir à l'hôpital du Mans le 15 septembre 1830 où nous l'observons pour la première fois avec ces symptômes : dans toute son étendue, à l'exception d'une ligne à peu près de la sclérotique, la cornée se trouve envahie par le staphylôme qui se présente sous l'aspect d'une saillie grisâtre, inégale, bosselée, tuberculeuse, ramollie dans quelques points, offrant dans plusieurs autres la dureté cartilagineuse; elle est partout complètement opaque. Sa proéminence est de six lignes à peu près. Difficulté, douleur très aiguë dans les mouvemens oculaires. Le malade placé comme pour l'opération de la cataracte, nous enfonçons une érigne simple dans le sommet du staphylôme, et d'un seul coup de bistouri, nous excisons la partie désorganisée de manière à ménager toute la circonférence de la cornée saine. Le segment enlevé, nous voyons distinctement le fond de l'œil, et le malade aperçoit les objets. L'humeur aqueuse a seule coulé pendant l'opération. Repos, éloignement de la lumière, etc. Aucun accident, aucune complication. Au huitième jour la cicatrisation s'avance, elle est à peu près complète et bien régulière au dixième; mouvemens des paupières faciles et sans douleur. Appelé chez lui par des travaux urgens, Thulot sort de l'hôpital. Nous recommandons le collyre et les insufflations de calomel. Nous voyons le malade six mois après, l'œil est dans le meilleur état et la difformité peu sensible.

VIII^e *Observation.* — Le Geay (Augustine), constitution faible, diathèse écrouelleuse, petite stature, âgée de dix ans, habitant le Mans dans un quartier bas, humide et mal sain, éprouve en 1828 une rougeole suivie d'ophthalmie chronique, photophobie pendant deux mois, fungus rouge, ensuite grisâtre sur le centre même de la cornée gauche. Nous observons la malade pour la première fois le 2 mars : œil gauche larmoyant, rouge, sensible au contact de la lumière, staphylôme conoïde affectant la cornée jusqu'à une ligne à peu près de la sclérotique. Sommet fongueux, grisâtre, faisant entre les bords palpébraux une saillie de trois lignes. Cécité complète, douleurs très vives. Les parens et la malade réclament une opération. Nous la pratiquons le 15 mars 1830 comme la précédente, avec des résultats absolument semblables. Au quinzième jour, la guérison est complète et l'ophthalmie dissipée sans retour. Le collyre et les insufflations de calomel sont continués encore pendant plusieurs jours avec le grand avantage d'affermir et de régulariser la cicatrise.

Voulant apprécier la valeur curative des autres

moyens locaux préconisés par les auteurs dans les circonstances que nous venons d'examiner, tels que le sucre candi, l'oxide de zinc, la tuthie, etc, nous les avons employés comparativement avec le calomel. Une expérience de quinze ans nous a démontré que ces moyens offraient beaucoup plus d'inconvéniens dans leur application sans jamais présenter l'efficacité du calomel pour le traitement des granulations, des nuages, des boutons, des ulcères de la conjonctive et de la cornée.

Telle est devenue, pour notre pratique, l'influence de la découverte des granulations à leur naissance, du rôle qu'elles jouent dans la propagation et l'entretien du plus grand nombre des ophthalmies chroniques, surtout chez les sujets débiles et scrofuleux, qu'à partir de cet instant, nous avons évité pour nos malades, soit à l'hôpital du Mans, soit à l'extérieur, non seulement, des déperditions sanguines, des vésicatoires, des sétons constamment insuffisans, bien souvent nuisibles dans la thérapeutique de ces altérations, mais encore le développement ultérieur des lésions organiques indiquées dans leur enchaînement, la destruction du globe oculaire et la perte de la vision; enfin guéri ces malades par une méthode simple, rationnelle et dont les observateurs apprécieront l'avantage incontestable dès qu'elle sera bien comprise et suffisamment généralisée.

LE PELLETIER DE LA SARTHE.

RÉPERTOIRE CLINIQUE.

M. Récamier fait chaque année, à l'Hôtel-Dieu, depuis 33 ans, des leçons cliniques où presque tous les praticiens qui ont étudié à Paris ont puisé de hautes notions de pathologie et de thérapeutique générales. Les deux salles qu'il a sous sa direction sont, comme toutes celles des grands hôpitaux, une mine féconde où les élèves peuvent juger les applications pratiques de ses théories médicales qui ne sont que les recherches sur les lois organiques, le plus souvent dégagées d'hypothèses, et rassembler des observations avec d'autant plus de liberté que le professeur a toujours accueilli avec une égale bonté et ceux qui s'étaient ralliés à ses idées médicales et ceux que leurs convictions attachaient à d'autres doctrines.

Honoré depuis long-temps de la bienveillance de M. Récamier, j'ai, depuis ma nomination aux hôpitaux de Paris, été désigné par l'administration pour le remplacer quelquefois, lorsque sa santé ou que des devoirs d'une autre nature le tenaient accidentellement éloigné de son service. Maintenant même, quoique depuis long-temps il ait repris ses conférences cliniques, il me fait l'honneur de m'associer en quelque sorte à son enseignement, et il m'autorise à diriger le traitement d'un certain nombre de malades, tout en se réservant le contrôle utile de sa longue expérience.

Je croirais manquer à la science que je cultive, aux élèves qui se pressent aux leçons de M. Récamier, aux praticiens qui ont le droit de demander aux médecins des hôpitaux compte des travaux thérapeutiques que leur position spéciale leur permet d'entreprendre et d'achever, si je ne

rassemblais dans notre journal tous les faits pratiques intéressans qui s'offriront à notre observation.

Ces faits seront ici présentés isolément ; ils seront en quelque sorte des matériaux à l'usage de tous, que nous utiliserons nous-mêmes et dont nous composerons des travaux spéciaux lorsqu'ils seront assez nombreux.

Ce sera donc cette série de travaux de clinique expérimentale que nous présenterons chaque mois à nos lecteurs, sous le titre de *Répertoire clinique*.

De l'Iode dans l'Aménorrhée.

M. le professeur Bréra de Padoue, dans son *Saggio clinico sull'iodio*, a déjà cité des faits nombreux qui démontrent l'heureuse influence de l'iode dans le traitement de l'aménorrhée. C'est d'après ce praticien que M. Récamier et moi avons souvent mis en usage ce médicament à l'Hôtel-Dieu : nous l'administrons ordinairement en teinture. La dose, le premier jour, est de quinze gouttes, et l'on peut aller successivement jusqu'à 24, 28 et même 72. La teinture est mise dans une potion aromatisée et édulcorée que l'on prend en 4 fois dans les 24 heures. — Les effets immédiats de ce médicament sont intéressans à étudier. On les observe isolés ou réunis chez la plupart des malades. — Sentiment de chaleur dans la région de l'estomac, suivi bientôt de battement des artères de la tête, de céphalalgie sus-orbitaire, de tension des yeux, de douleur plus ou moins vive dans les bras, dans les jambes, dans l'hypogastre. Accélération du pouls, chaleur de la peau, démangeaisons, quelquefois éruptions diverses sur la peau : augmentation de la sueur, de la sécrétion urinaire. Je n'ai jamais vu de nausées, de vomissemens ni de diarrhée suivre l'emploi prudent de ce moyen. On observe au contraire assez souvent de vives coliques que les malades comparent à celles qui précèdent l'apparition des règles. Il est remarquable que presque tous ces troubles fonctionnels disparaissent ou du moins se modèrent singulièrement dès que les menstrues commencent à fluer, bien que d'ailleurs la dose d'iode reste la même. Lorsque la médication a atteint le but que l'on désire, il est nécessaire de la continuer encore pendant deux ou trois jours en diminuant graduellement la dose du médicament. M. le professeur Bréra n'hésite pas à donner l'iode pendant quinze et trente jours de suite pour combattre l'aménorrhée, mais bien que cette méthode ait réussi entre les mains de cet habile thérapeutiste, nous nous arrêtons néanmoins au bout de dix jours, de peur de donner lieu aux accidens qui surviennent, rarement il est vrai, chez les personnes qui prennent l'iode à haute dose pendant un temps assez long. — En attendant que nous publions sur cette matière un travail plus étendu, nous rapporterons quelques faits sommaires, recueillis soit à l'Hôtel-Dieu, soit dans la pratique civile.

Une jeune femme de 27 ans accouche à terme d'un enfant qu'elle n'allait pas. Le rétablissement est prompt et facile. Cependant trois mois s'étaient écoulés et les règles ne revenaient pas. La malade éprouvait des maux de tête, des étourdissemens continuels, des douleurs de reins, depuis plus de 15 jours. — Elle se décida à entrer à la salle St-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris. — 10 gout-

tes de teinture d'iode dans un julep. Le lendemain les règles reparurent, et elles durèrent pendant quatre jours. — L'iode ne fut donné qu'une fois.

Une jeune fille de 22 ans éprouvait depuis plusieurs mois des accidens hystériques forts graves, qui la déterminèrent à entrer à la salle St-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris. Les convulsions, les crampes, les extases furent assez promptement dissipées par les affusions tempérées, 22° Réaumur. Le flux menstruel avait été jusqu'ici toujours régulier ; mais 15 jours se passèrent sans qu'il ne revint, et l'on crut devoir le rappeler. La poudre de sabbine fut donnée pendant huit jours, d'abord à la dose de cinq grains par jour, qui furent rapidement portés jusqu'à vingt-cinq. Cette médication n'ayant produit aucun résultat, la teinture d'iode fut prescrite le premier jour à la dose de 15 gouttes, et le second jour à celle de 25 gouttes. A la fin du deuxième jour les règles reparurent et durèrent aussi long-temps qu'à l'ordinaire. L'iode cependant fut continué pendant cinq jours.

Nous pourrions encore citer quatre histoires analogues dans lesquelles l'iode a rappelé les règles le cinquième, le sixième ou le septième jour de son administration ; nous nous contenterons de rapporter l'observation suivante que nous a communiquée M. le docteur Pigeaux. — Mine** est accouchée le 23 juin 1833. Après deux mois d'attente, ne voyant pas revenir ses règles, elle met régulièrement tous les soirs ses pieds dans de l'eau très chaude et chargée d'une assez forte proportion de potasse. Au bout de huit jours les veines de ses jambes étaient fortement variqueuses, et ses pieds très sensibles, cependant rien n'annonçait que les règles dussent paraître bientôt. Elle prend alors une décoction aussi concentrée que possible de feuilles d'armoise ; huit jours se passent, et les règles ne paraissent point. D'après mes conseils, le 8 septembre elle prend le matin à jeun douze gouttes de teinture d'iode dans un peu d'eau. Le 7, vingt gouttes sont administrées de la même manière (douleur lombaire, sueur générale, légers étourdissemens). Le 10, on en prit trente-deux gouttes. Douleurs gravatives des lombes, excitation générale. Le 11, cinquante gouttes furent prises et produisirent une excitation générale encore plus vive, les douleurs des lombes étaient contusives. Tous ces symptômes disparurent comme par enchantement vers trois heures de l'après-midi lorsque les règles commencèrent à couler. Aujourd'hui 12, les règles coulent abondamment. Aucun symptôme gastrique appréciable n'a résulté de l'administration de la teinture.

Mais si nous avons souvent employé avec succès la teinture d'iode dans le traitement de l'aménorrhée, souvent aussi nous l'avons vu échouer, alors qu'avaient échoué auparavant tous les moyens auxquels on accorde ordinairement une grande confiance, de sorte que nous sommes loin de donner l'iode comme un moyen infallible, il nous a paru seulement plus souvent utile que tout autre.

Nous l'avons administré à de jeunes phthisiques dans le but de rappeler les règles, et nous n'avons pas réussi. Nous n'avons pas été plus heureux chez les filles chlorotiques. Mais chez ces dernières, alors que, par des préparations martiales, nous avons rendu au sang sa couleur et ses propriétés stimulantes et nutritives, nous donnions avec avantage la teinture d'iode.

Il est un précepte pratique sur lequel nous insisterons en terminant, c'est de donner l'iode à l'époque présumée du retour des règles, à moins qu'elles ne soient supprimées que depuis quatre ou cinq jours. — Et si quelques douleurs lombaires ou hypogastriques, un sentiment de plénitude générale, la plus grande abondance du flux leucorrhéique, l'apparition d'une fluxion hémorroïdale ou de la diarrhée ne permettent pas de reconnaître l'effort que la nature prépare; il faut par des pédiluves excitans, par l'application d'une ou deux sangsues à chaque cuisse, par l'introduction d'un suppositoire aloétiq. déterminer le sang vers l'utérus, et administrer alors l'iode pendant une semaine: on laisse ensuite 15 ou 20 jours d'intervalle, et l'on recommence la même médication.

Bien qu'il soit oiseux, dans beaucoup de circonstances, de rechercher le mode d'action des différens médicamens que nous employons tous les jours, et qu'il suffise d'en connaître l'effet thérapeutique, on ne peut néanmoins se défendre du désir de connaître le mécanisme par lequel on arrive à certain but. Il semble facile d'expliquer au premier abord, l'action emménagogue de l'iode: l'ingestion de ce médicament est immédiatement suivie des signes d'une vive excitation de la circulation; on comprend alors comment le sang qui afflue dans l'utérus avec autant d'énergie que dans tous les autres organes, suit facilement la voie émonctoire qui lui est naturellement ouverte. Et l'on aurait tort de croire que ce médicament héroïque ait une affinité élective pour l'utérus; cela est si peu vrai, que nous le voyons déterminer des hémorrhagies pulmonaires chez les tuberculeux, des épistaxis chez les personnes sujettes aux saignemens de nez, tandis que l'utérus n'est chez les mêmes malades, soumis à aucune excitation spéciale. Il faut confesser toutefois que cette explication n'est pas entièrement satisfaisante, car il reste à savoir pourquoi les autres stimulans de la circulation ne sont pas tous emménagogues au même titre que l'iode; et pourquoi d'autres objets de la matière médicale, qui jouissent de propriétés sédatives, sont efficaces précisément dans les mêmes circonstances que celles où l'iode est évidemment utile.

Emploi des frictions mercurielles à hautes doses dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

L'heureuse influence des frictions mercurielles à hautes doses dans le traitement de la péritonite puerpérale, nous a engagés, M. Récamier et moi, à tenter la même médication pour guérir le rhumatisme synovial aigu, maladie si rebelle aux médications qu'on lui oppose ordinairement.

Un cordonnier, âgé de 37 ans, fut amené à l'Hôtel-Dieu et couché salle St-Bernard n° 75. C'était un homme petit, vigoureux et habituellement bien portant. Il avait eu depuis quinze ans trois rhumatismes articulaires: l'un avait duré trois mois, l'autre six semaines, le troisième douze mois. Les saignées fréquemment renouvelées, les boissons émollientes, le repos, la diète, les bains avaient été seuls opposés à cette maladie. — Dans la nuit du 14 au 15 août 1833, sans excès préalable, sans cause appréciable, il se sentit pris en même temps d'une grande fièvre,

et de vives douleurs dans les genoux et dans les hanches. — Le 15 au matin les pieds, les genoux, les poignets, les coudes étaient gonflés et douloureux; les articulations de la cuisse avec le bassin étaient également affectées.

Le 17, le malade est apporté à l'Hôtel-Dieu: nous le voyons le 18 au matin, trois jours après l'invasion des premiers accidens. Ce rhumatisme était un des plus violens que nous eussions encore observés. Les pieds et les poignets étaient rouges, gonflés et œdémateux, les veines qui s'y rendaient étaient fortement injectées; les gaines synoviales des tendons se dessinaient en lignes d'un rose vif. Une fluctuation considérable se sentait dans chaque genou. Les souffrances étaient très aiguës. — Pouls large, développé, fréquent; peau chaude et couverte de sueur; langue chargée, anorexie, soif, ventre resserré. — *Traitement.* Deux onces d'onguent napolitain double pour quatre frictions: chaque friction d'une demi once, sera faite sur le ventre du malade pendant un quart d'heure. On n'essuiera pas, et l'on recouvrira l'abdomen avec une bande de flanelle ou de larges compresses; — Quatre pots d'orge, lavement simple. — Le lendemain, les symptômes ne sont pas amendés. Même traitement.

Le 20, troisième jour du traitement, le malade qui, instruit par l'expérience de ses rhumatismes précédens, s'était dévoué à un mois de souffrances, accuse ce matin un amendement qu'il qualifie lui-même de miraculeux; il peut se placer lestement sur son séant. Les genoux et les pieds restent seuls un peu gonflés et douloureux. Pouls moins dur, gencives saines, constipation. — Même traitement. Le 21, les pieds seuls sont un peu tuméfiés. — Même traitement. — Le 22, toutes les articulations sont parfaitement libres: le malade a pâli, le pouls reste dur. Les gencives sont un peu affectées. On cesse les frictions. Cependant le pouls conserve de la dureté, bien qu'il ne reste pas la moindre douleur rhumatismale. Le 25 août, douleurs et gonflement du poignet droit. On recommence les frictions. Le lendemain, le malade est revenu à l'état de bien-être qui avait précédé la récrudescence de la veille. — Salivation abondante. Même traitement. — 27 août, la guérison est complète, le malade se lève: le pouls est mou: la face est pâle. La diarrhée est survenue: on cesse les frictions. — Un pot de lait pour alimens. — La salivation cesse au bout de trois jours, le gonflement des gencives ne disparaît que le 1^{er} septembre. On prescrit deux onces d'huile de ricin tous les trois jours pendant les deux semaines que le malade passa encore à l'hôpital.

Résumé de l'observation précédente. — Rhumatisme articulaire très aigu. Traitement commencé le troisième jour. — Quatre frictions mercurielles sur le ventre chaque jour; guérison apparente le cinquième jour du traitement. — Cessation des frictions. — Légère récrudescence trois jours après; reprise des frictions: guérison solide le lendemain, douzième jour de la maladie, neuvième jour du traitement.

Un jeune homme de 17 ans, très robuste; mais portant des traces de scrofules et ayant eu plusieurs hémoptysies, était amené à l'Hôtel-Dieu le 29 août 1833 et couché salle St-Bernard n° 74. Sans cause appréciable, il éprouva le 25 août un grand mal de tête, du frisson et de la fièvre,

et en même temps, le genou droit devint gonflé et douloureux : les jours suivans, la fièvre augmenta, le genou gauche et les deux pieds se prirent à leur tour. Nous le vîmes le 30 août au matin, sixième jour de la maladie. Fluctuation considérable dans les deux genoux ; gonflement des deux pieds, rougeur vive sur le trajet des tendons extenseurs et fléchisseurs, peau chaude et couverte de sueur, pouls développé, 108 pulsations. — Soif, anorexie, ventre resserré. — Deux onces d'onguent napolitain double en quatre frictions. Trois pots de chiendent nitré. Lavement simple. — Le lendemain, nul changement, les genoux sont moins douloureux, mais le poignet droit et la main sont gonflés. Même traitement. — 1^{er} septembre. Diminution notable des accidens, toutes les articulations affectées jusqu'ici sont moins gonflées et moins douloureuses ; un des doigts de la main gauche s'est pris à son tour. Peau moins chaude, moins de soif ; pouls moins fréquent et surtout moins développé ; les gencives commencent à se gonfler. — Même traitement. — 2 septembre, neuvième jour de la maladie, et après trois jours de traitement, il ne reste plus qu'un peu de raideur dans les articulations qui ont été malades. — Pouls faible, face pâle, diarrhée. Gencives gonflées et recouvertes d'une petite pellicule blanche ; pas de salivation. — Haleine mercurielle. — Continuer les frictions. — On accorde deux potages.

3 septembre. Il ne reste aucune trace du rhumatisme. Le pouls est encore plus faible ; la pâleur est aussi grande que si l'on avait pratiqué d'abondantes saignées. Gencives très gonflées, pas de salivation. — Continuer les frictions.

Le lendemain on cesse tout traitement, on augmente graduellement la quantité des alimens. — L'affection des gencives disparaît peu à peu ; on a soin de donner tous les trois jours un purgatif, et le malade sort de l'hôpital guéri, le 23 septembre 1833.

Résumé. — Rhumatisme articulaire aigu durant depuis six jours. — Frictions mercurielles sur le ventre. Guérison complète le cinquième jour du traitement, onzième jour de la maladie. — Continuation des frictions deux jours après la disparition des douleurs rhumatismales.

Sulfate de morphine à haute dose dans le traitement du rhumatisme non synovial.

Dans un travail que nous avons publié en 1832, de concert avec M. le doct. Bonnet, aujourd'hui aide-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous établissions que si le rhumatisme synovial, c'est-à-dire, celui qui s'accompagne de fièvre, de gonflement des articulations et d'épanchement dans les gaines synoviales ne guérissait pas sous l'influence des sels de morphine donnés à l'intérieur, au contraire, le rhumatisme qui ne se décelait que par de la douleur cédaient ordinairement à cette médication. — Le fait suivant vient de donner un nouveau poids à notre proposition. — Un homme de 50 ans entre à l'Hôtel-Dieu perclus de tous ses membres ; il attribuait cet accident à un refroidissement. Il n'y avait pas une articulation qui ne fût douloureuse ; mais on ne constatait en aucun point de la tuméfaction ni de la rougeur. — On administre le premier jour deux grains de sulfate de morphine en quatre fois : le lendemain il y avait eu des sueurs abondantes et les douleurs étaient beaucoup moindres. Trois grains en six doses furent prescrits : le jour suivant il restait à peine un sentiment douloureux dans les membres. On continue la morphine à la même dose ; — après trois jours le malade était complètement guéri, à la faiblesse près qui persista pendant long-temps. Il continua de suer abondamment pendant plusieurs jours, avec autant d'abondance que lorsqu'il faisait usage du sel narcotique.

A. TROUSSEAU,

agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PHARMACIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PHARMACIE ET LA THÉRAPEUTIQUE ACTUELLES.

Du filtre-pressé de RÉAL. — Du tannin. — De la kréosote.

Depuis le commencement de ce siècle, la pharmacie et la thérapeutique ont présenté trois époques distinctes et bien caractérisées. Dominée encore par l'aveugle empyrisme qui présida aux premiers essais de l'art de guérir, héritière des innombrables recettes qui composaient son arsenal, et dont la réputation était plus souvent fondée sur des préjugés que sur des observations rigoureuses, la première époque se rattachait encore à tout ce que l'alchimie présentait d'obscur et de bizarre dans ses théories comme dans ses procédés. Aussi le développement de l'esprit philosophique, et surtout les progrès de la chimie moderne ne pouvaient-ils pas tarder à branler le vieil édifice que la pharmacie et la thérapeutique présentaient encore. La seconde époque devait donc être signalée par des attaques contre les croyances et les usages de la précédente, elle devait être une époque de révolution, et c'est ce qu'elle est devenue entre les

maïns du docteur Broussais dont le système, il faut le dire, a porté le coup le plus violent à l'ancienne thérapeutique.

Réduisant toutes les maladies à l'irritation, et les moyens de les combattre aux boissons délayantes et aux évacuations sanguines, la doctrine physiologique paraissait devoir mettre au néant toutes les ressources que la pharmacie avait créées depuis tant d'années. Devant ses argumens redoutables lancés dans le monde médical avec toute l'énergie d'attaque qui caractérise son auteur, il sembla aux moins clairvoyans que la pharmacie et la thérapeutique allaient disparaître ; mais les esprits plus calmes et plus profonds qui surent se garantir des séductions du nouveau système et l'observer avec impartialité sans se laisser entraîner aveuglément à sa suite, pressentirent bientôt qu'au-delà de cette réaction violente et exagérée de la *physiologie* contre la thérapeutique, il y avait dans l'avenir une constitution nouvelle de cette même thérapeutique, et que lorsqu'on serait revenu de l'énivrement de la destruction, on verrait sortir des ruines de la pharmacie et du *physiologisme* absolu, une thérapeutique nouvelle qui rendrait à l'art de gué-

rir les armes dont on l'aurait dépouillé, mais trempées par l'esprit d'analyse, mais plus simples dans leurs formes et mieux faites pour porter des coups assurés.

Depuis quelque temps ce pressentiment se réalise, et la renaissance de la thérapeutique caractérise l'époque actuelle, c'est-à-dire cette troisième époque que j'ai annoncée dès le début de cet article, et sur laquelle je me propose de présenter quelques réflexions.

Avant que la chimie moderne eût répandu ses lumières sur la composition des médicamens, on n'ignorait pas sans doute que les végétaux qui en fournissent le plus grand nombre, étaient formés de principes divers, on y avait bien observé des huiles volatiles, des sels et plusieurs autres substances dont l'expérience ultérieure a confirmé ou fait rejeter l'existence. Mais ces substances étaient mal connues et beaucoup d'autres qui ont une part plus essentielle dans les propriétés médicales des végétaux avaient échappé à l'observation. On ignorait aussi le mode d'action des différens principes immédiats les uns sur les autres, et les influences qu'ils pouvaient recevoir de la part de l'air, de la chaleur et des opérations auxquelles on les soumettait. On ignorait encore, et c'est là surtout ce qu'il faut remarquer, que les propriétés médicales de chaque végétal ne sont dues qu'à un très petit nombre et le plus souvent à un seul de ces principes, et que les autres matériaux qui les constituent sont le plus souvent sans action médicatrice et forment la base commune de l'organisation végétale.

De cet état de choses il résultait qu'au lieu de chercher à isoler, comme on le fait aujourd'hui, les principes actifs des végétaux afin de les employer dans l'état le plus complet d'indépendance et mieux apprécier leurs propriétés, on composait des recettes très complexes et dont le mérite semblait s'accroître en proportion du nombre de leurs élémens. C'est ainsi qu'a été créée la thériaque, dans laquelle se trouvent réunis presque tous les médicamens fournis par les trois règnes de la nature. C'est dans cet esprit qu'ont été formulées tant d'autres compositions oubliées aujourd'hui pour la plupart.

C'est ainsi qu'on soumettait à des manipulations identiques des substances dont les principes actifs différaient essentiellement, et que tantôt favorisé, tantôt desservi par les préjugés qui tenaient souvent la place des connaissances positives, on adoptait à peu près au hasard tantôt le meilleur, tantôt le plus mauvais mode de préparation.

Ce n'est pas à dire pour cela que la pharmacie n'a pas puissamment contribué aux progrès de l'art de guérir en le dotant de médicamens efficaces. S'il en est plusieurs, en effet, dont rien ne motive plus aujourd'hui l'emploi ou dont la préparation a dû être corrigée, combien en reste-t-il encore qui ont survécu à toutes les vicissitudes de la médecine, et dont les plus ardens destructeurs de la polypharmacie ne pourraient nier l'efficacité.

Mais si du milieu de l'obscurité et de l'incertitude qui régnait de leur temps dans la matière médicale, nos devanciers ont pu faire sortir tant de moyens de modifier efficacement l'économie, que n'avons-nous pas lieu d'espérer de sages ap-

plications de la chimie moderne et de son esprit d'analyse à la régénération de la pharmacie et de la thérapeutique. Ce qu'elle a déjà fait dans ces dernières années nous donne la mesure de ses bienfaits à venir.

Aujourd'hui en effet, bien que toutes les matières végétales ou animales usitées en médecine n'aient point encore été soumises à une analyse approfondie, cependant on peut réunir sur la plupart des données assez nombreuses et assez positives pour en régler l'emploi avec une précision inconnue jusqu'alors. Et cette précision que des observations nouvelles viennent accroître chaque jour et appliquer à de nouveaux objets, me paraît entre les conquêtes de la chimie moderne, celle qui intéresse le plus hautement la médecine, car c'est par les médicamens que la médecine n'est pas seulement une science curieuse, mais l'une des sciences les plus utiles aux hommes. Or pour que les médicamens agissent d'une manière certaine et constante, pour qu'ils répondent à la confiance du médecin, il faut surtout que l'identité de leur composition et la constance de leur énergie ne se démentent jamais.

Les médicamens, en effet, sont les modificateurs, les réactifs du corps humain, et si pour modifier la nature morte le chimiste a besoin de donner la plus scrupuleuse exactitude à la composition de ses agens, il faut convenir que ceux dont se sert le médecin pour modifier la nature vivante avec toute sa mobilité, réclament au moins la même attention. Il est vrai qu'en tenant compte de la nature complexe des médicamens anciens, des variations que les matières végétales ou animales présentent dans leur composition en raison d'une foule de circonstances auxquelles il est impossible de se soustraire.

On doit trouver impossible au premier abord d'approcher le moins du monde de cette rigoureuse exactitude que l'on peut facilement atteindre dans la préparation des réactifs des chimistes. Mais si l'on fait attention que déjà la pharmacie peut imprimer à la préparation d'un grand nombre de médicamens cette rigoureuse exactitude de procédés qui caractérise les opérations les plus délicates de la chimie, et fournir ces mêmes médicamens toujours aussi purs et aussi constans dans leur composition que les réactifs qu'elle emploie, n'y a-t-il pas tout lieu de reprendre courage et d'attendre pour la thérapeutique de rapides et saillans progrès.

Tel est l'état actuel de la pharmacie, que les médicamens les plus efficaces ont été réduits pour la plupart à leur plus simple expression et sont devenus comme autant de réactifs invariables dans leur composition. C'est à ce perfectionnement remarquable qu'on doit attribuer cette tendance déjà si prononcée des médecins d'aujourd'hui à revenir à l'usage des médicamens et à rechercher en eux des moyens de guérison qu'ils n'ont pu trouver ailleurs. Eloignés autrefois de la pharmacie par l'obscurité de l'irrationalité d'un grand nombre de ses produits, la simplicité et la précision qu'ils leur offrent aujourd'hui les y ramène et les y attachera de plus en plus; car il ne s'écoule plus d'année qui ne soit marquée par d'importans perfectionnemens dans les sciences pharmacologiques. Je vais signaler et

discuter ici les travaux de ces derniers mois qui intéressent le plus particulièrement la thérapeutique.

Du filtre-presse de RÉAL.

Dans le numéro d'avril 1816, du *Journal de Pharmacie*, on trouve la description d'un appareil proposé par M. le comte Réal, sous le nom de filtre-presse, pour la préparation des extraits et des teintures. Cet appareil était composé d'un cylindre surmonté d'un long tube, le cylindre recevait la poudre de la substance dont on voulait extraire les principes solubles, le tube devait contenir une haute colonne d'eau, destinée à augmenter par sa pression la propriété dissolvante du liquide dont la poudre était imprégnée. Cet appareil précieux par le degré de concentration des liqueurs qu'il fournissait fut bientôt abandonné, cependant, à cause des embarras qu'entraînait son emploi, et il était tombé dans un oubli complet lorsque dans ces derniers temps, MM. Boullay, père et fils, sont venus rappeler l'attention sur lui (1).

Déjà, M. Cadet-Gassicourt, père, avait observé en 1816, qu'une poudre végétale épuisée de principes solubles et détrempée avec de l'alcool étant placée dans le filtre-presse, la colonne d'eau ne se mêlait pas avec l'alcool et poussait celui-ci au-dessous de l'appareil sans que son degré aréométrique fut altéré. Plus tard MM. Robiquet et Boutron-Charlard dans leur mémoire sur les amandes amères avaient annoncé que de l'éther sulfurique versé sur ces amandes pulvérisées et placées dans une allonge verticale avait chassé l'huile devant lui par simple déplacement, sans s'y mêler.

Dans leur mémoire, MM. Boullay ont approfondi ces observations et constaté que dans le filtre-presse, la colonne de liquide à laquelle on avait cru jusqu'ici devoir attribuer le mérite de l'appareil était complètement inutile pour la valeur des résultats, qu'un liquide traversant une poudre chargée de parties solubles fournissait des solutions également concentrées avec ou sans cette pression. Ils ont conclu de leurs recherches qu'en général une poudre étant imprégnée d'un liquide quelconque, ce liquide pouvait être déplacé du haut en bas par un autre liquide quelconque sans qu'il y eût mélange entre eux. Ils ont également reconnu qu'en traitant les poudres diverses par la méthode de déplacement, on obtenait des teintures aqueuses, alcooliques ou étherées complètement saturées des principes qu'elles peuvent contenir, que le liquide employé était complètement déplacé et qu'ainsi on pouvait, sans le secours de la presse, obtenir toutes les parties solubles d'une substance quelconque en n'employant exactement que la proportion de véhicule indispensable pour la dissoudre.

On conçoit, et MM. Boullay n'ont pas manqué de le faire remarquer, quel avantage cette méthode doit présenter dans ses applications à la préparation des extraits, des teintures et autres médicamens analogues; car en diminuant beaucoup la quantité de véhicule, elle abrège l'évaporation des extraits et les laisse moins long-temps exposés à l'action nuisible de

la chaleur, tandis que d'un autre côté elle permet de donner aux teintures en général plus de précision dans leur composition et surtout facilite la préparation des teintures étherées. A l'aide d'un simple entonnoir à robinet en verre, j'ai obtenu plus de 19 onces de teinture étherée de digitale, avec 20 onces d'éther et 5 onces de poudre. J'ai également préparé avec succès, par ce moyen, l'huile de racine de fougère mâle.

Du TANNIN.

Mais plus récemment mon confrère et ami, M. Pelouse, répétiteur à l'école polytechnique, en traitant de la poudre de noix vomique par l'éther dans une allonge verticale, a fait une découverte des plus importantes pour la chimie organique et sans doute aussi pour la médecine; je veux parler du tannin. Ce principe immédiat qui existe dans un si grand nombre de végétaux, surtout dans les bois les racines et les écorces, telles que le quinquina, le ratanhia, l'écorce de chêne, qui forme l'élément actif de la plupart des astringens usités en médecine avait bien été obtenu depuis long-temps, mais toujours impur, toujours combiné, soit aux acides soit aux bases employées à sa préparation, mais insoluble et tout différent de ce qu'il était dans les substances dont on l'avait tiré. En traitant par l'éther la poudre de noix vomique, la noix de galle, le cachou et autres substances analogues dans une allonge verticale, M. Pelouse a vu s'écouler d'abord un liquide de consistance de sirop épais, légèrement jaunâtre, transparent, formé de tannin et d'éther, puis de l'éther pur qui s'est réuni en couche très légère, à la surface de la solution du tannin. L'éther décanté, le liquide sirupeux évaporé à une douce chaleur a fourni un résidu de tannin parfaitement pur, cristallisable, soluble dans l'eau et dans l'alcool, jouissant en un mot de toutes les propriétés qui le caractérisent dans les substances dont il fait partie.

Ce procédé très simple réussit parfaitement, ainsi que j'ai pu le reconnaître moi-même, en l'appliquant à la noix de galle qui m'a fourni une grande quantité de tannin. Ce nouveau produit ainsi préparé doit être aux astringens usités en médecine, comme la quinine est au quinquina, la morphine à l'opium, et pourrait ce me semble leur être substitué avec avantage dans plusieurs circonstances. Au reste, c'est à M. Pelouse qu'il appartient de présenter les applications de sa brillante découverte, et je me fais un plaisir d'annoncer qu'il ne tardera pas à publier les résultats de ses recherches sur cet intéressant sujet.

De la KRÉOSOTE.

Il me reste à parler d'une substance nouvelle qui paraît destinée à jouer le plus grand rôle dans la thérapeutique, je veux parler de la *kréosote* (1) découverte récemment par M. Reichenbach de Blansko, que ses travaux ont déjà placé parmi les chimistes les plus distingués de l'Allemagne.

Cette matière d'abord aperçue dans l'acide

(1) *Journal de Pharmacie*, juin et août 1833.

(1) Kréosite.

pyroligneux a ensuite été reconnue dans tous les goudrons.

C'est un liquide huileux, incolore, transparent, de consistance oléagineuse, soluble dans l'eau, l'acide acétique, l'alcool, l'éther. Ses caractères chimiques sont très remarquables et doivent la faire regarder comme une des substances les plus singulières que la chimie nous a fait connaître jusqu'à ce jour. Je renvoie pour leur étude et pour la préparation de la kréosote à la traduction du mémoire de M. Reichenbach, publiée par M. Vallet dans le dixième numéro de 1833 du Journal de Pharmacie, et auquel j'emprunte les détails que je présente ici.

Je passe à des propriétés qui rentrent plus spécialement dans les attributions de ce journal.

La kréosote coagule immédiatement le blanc d'œuf même lorsqu'il est en solution étendue. De la viande et du poisson trempés une demi-heure dans une solution aqueuse de kréosote acquièrent par cette seule opération la propriété de se conserver à l'abri de la putréfaction. C'est à la kréosote que l'acide pyroligneux, l'eau de goudron et même la fumée doivent leurs propriétés antiputrides.

Curieux de savoir comment la kréosote agissait dans ces circonstances, et présumant que c'était sur le sang que se portait son action, M. Reichenbach l'a mise successivement en contact avec le sérum, le caillot, la matière colorante et

la fibrine pure, et il a conclu de ses expériences que la kréosote coagule l'albumine du sang, que cette coagulation a lieu sur-le-champ lorsque les deux liquides sont concentrés, et que la fibrine pure n'est pas attaquée par la kréosote. Or l'on sait que l'albumine, dès qu'elle est coagulée, ne se putréfie plus et que la fibre musculaire ne paraît pas par elle-même susceptible d'entrer en putréfaction. C'est ainsi que s'explique la propriété conservatrice de la kréosote.

L'action de la kréosote sur l'économie animale est délétère. Mise sur la langue, elle occasionne une violente douleur. Versée sur la peau, elle détruit l'épiderme, elle tue les insectes et les poissons, les plantes meurent lorsqu'on les arrose avec sa solution.

M. Reichenbach supposant que le goudron, l'acide pyroligneux, l'huile animale de Dippel, et l'eau empyreumatique ne devaient leurs propriétés médicales qu'à la kréosote; a fait faire un grand nombre d'expériences avec cette dernière substance concentrée et étendue, et le succès a de beaucoup surpassé son attente. Il s'est, dit-il, opéré une prompte guérison dans des cas de carie, d'ulcères carcinomateux, d'affections de poitrine, etc. Au reste, il fait un appel aux praticiens pour multiplier ces expériences.

F. BOUDET,

Pharmacien, Docteur ès-sciences.

II. LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

TRAITÉ DE LA VACCINE ET DES ÉRUPTIONS VARIOLEUSES OU VARIOLIFORMES

PAR M. J.-B. BOUSQUET,

secrétaire de l'Académie royale de médecine.

Dans le compte que nous devons à nos lecteurs de la littérature non périodique, ce qui doit surtout fixer notre attention ce sont les monographies. Une monographie qui est, non pas une simple compilation de faits confus et mêlés, mais le résultat d'une expérience sentie, non pas un amas d'idées systématiques et arbitraires, mais un choix de vues naturelles et ingénieuses, une telle monographie est un vrai service rendu à la science par son auteur. C'est ainsi que nous voudrions que chacun travaillât suivant sa position spéciale et suivant son génie d'observation.

Le livre de M. Bousquet est du genre de ceux que nous venons de signaler et que nous voulons faire connaître. L'auteur du *Traité de la vaccine* a vacciné pendant dix ans deux fois par semaine dans l'hôtel et au nom de l'académie, et a été ainsi conduit, dit-il, à s'occuper particulièrement de la vaccine: naturellement peut-être plutôt académicien que praticien, il a été ici forcé à une grande pratique; et comme son esprit le porte à chercher le *pourquoi* et le *comment* des phénomènes autant qu'à observer ces phénomènes, il a fait une œuvre à la fois de pratique et de littérature médicale. Dans les nombreux chapitres qui divisent son ouvrage, les uns forment la partie pathologique et clinique, les autres soulèvent surtout les questions de pure curiosité, de pur intérêt scientifique. Il est vrai que pour la vaccine moins que pour tout autre

sujet, on peut distinguer ce qui est curieux de ce qui est pratique; car, par exemple, quoi de plus curieux, et en même temps quoi de plus pratique, que cette question: *Faut-il vacciner deux fois? Ou cette autre: A quel moment la vaccine est-elle préservatrice? Ou encore: L'intégrité des boutons est-elle nécessaire?* Mais entrons en matière; examinons le plan de l'auteur et la manière dont ce plan a été exécuté.

La première partie du *Traité*, toute didactique, est consacrée à l'exposé des connaissances nécessaires pour la pratique de la vaccine: c'est une véritable *instruction* où nous trouvons ce qui est relatif à la découverte de la vaccine, au *cow-pox* ou à la picote des vaches, à l'âge, à la saison la plus favorable pour la vaccination, à la manière de vacciner, au développement de la vraie et de la fausse vaccines, aux meilleurs moyens de conserver le vaccin et à l'influence du vaccin sur l'économie. Nos lecteurs sont assez familiers avec la plupart des détails ici consignés pour que nous ne devions pas y insister; néanmoins, il en est quelques-uns sur lesquels nous voulons dire l'opinion de M. Bousquet, qui est la nôtre.

Il est assez singulier que la description du *cow-pox*, de la petite-vérole des vaches, donnée par Jenner, soit peut-être la plus incomplète et la plus inexacte qui se puisse trouver; que ce grand homme (car dans quelques erreurs qu'il soit tombé, ce nom doit lui être conservé) ait parlé de pustules entourées d'une inflammation érysipélateuse, qui dégénéraient promptement en ulcères phagédéniques fort incommodes et fort difficiles à guérir; et qu'il n'ait point fixé notre attention sur la forme particulière, déprimée au centre, de ces pustules, sur la disposition et

les différentes phases du liquide qu'elles contiennent, et sur leur mode de dessiccation. M. Bousquet rappelle ces circonstances et combat l'opinion de Jenner sur l'origine du *cow-pox* : il ne veut pas que les *eaux aux jambes* des chevaux (*the grease*) aient été transmises aux vaches par les palefreniers et leur aient ainsi donné la *picote*. Trop de faits, en effet, ont établi que l'observation de Jenner sur ce point avait été superficielle et son jugement prématuré.

Une longue et universelle expérience ayant prouvé que la variole est aussi rare avant l'âge de six mois qu'elle est commune de six mois à un an, deux, trois, quatre, cinq ans, la conclusion naturelle est que l'époque la plus favorable à la vaccine est celle des six premiers mois de la vie ; de sorte qu'il n'est jamais trop tôt. Les maladies consécutives qu'on pourrait alléguer ne seraient qu'une allégation sans fondement, tant les plus petits enfans supportent cette inoculation impunément. De même il n'est jamais trop tard : Van Swieten cite une octogénaire morte de la variole ; le comte de Lacépède, à qui la vaccine ne souriait pas et qui se confiait en son âge, est mort à 70 ans de la petite vérole.

Il est vrai qu'une chaleur excessive s'oppose au développement du vaccin, non pas en opérant la décomposition, mais en mettant sans doute la peau dans un état de stimulation peu propre à l'absorption. A cela près, toutes les températures conviennent également bien. Voilà pour la saison.

Quant à l'opération même (il n'est question que de la vaccination par *piqûre*), l'auteur n'a regardé comme essentielles que deux choses : 1° tendre fortement la peau afin que les deux lèvres de la plaie revenant sur elles-mêmes saisissent et retiennent le vaccin ; 2° tenir la pointe de la lancette plus bas que le manche, afin que le fluide s'écoule dans la petite plaie : précaution à laquelle manquent la plupart des personnes qui vaccinent pour la première fois. Sur tout le reste, tolérance parfaite : que chacun attache aux choses l'importance qui lui plaira, la nature n'y en attache pas, pourvu que le vaccin soit bon. Jenner vaccinait par une seule piqûre, deux au plus ; M. Itard s'est appliqué sans succès à prévenir l'infection vaccinale, il a lavé les piqûres, à peine faites, avec de l'eau, avec une dissolution de sel ammoniac, avec du chlorure de chaux : le tout en vain.

Après avoir donné la marche généralement bien connue et caractéristique de la *vraie vaccine*, M. Bousquet distingue avec soin ce qui constitue une vaccine *irrégulière* de ce qui constitue une *fausse vaccine*. Quoique la période d'incubation soit assez communément de trois ou quatre jours, elle peut se prolonger beaucoup plus ; c'est quelquefois après qu'on a fait de nouvelles piqûres, que les premières développent leurs boutons ; M. Brachet, de Lyon, a récemment observé deux cas de cette nature (voy. notre 2^e n^o, p. 54) ; quelquefois une partie seulement de l'éruption est tardive. M. Frébault a vu la vaccine, après avoir parcouru toutes ses périodes, se mettre à la parcourir de nouveau ; d'autres ont observé des boutons *surnuméraires*, c'est-à-dire développés loin des piqûres, quoique ce soit un caractère essentiel de la vaccine de ne donner d'éruption que sur les points inoculés.

Enfin, on a vu la vaccine et la variole marcher simultanément. Voilà des *irrégularités*. — La vaccine *fausse* dont on a distingué plusieurs variétés, est marquée par l'*aspect* différent et la *marche successive* différente des boutons : ainsi les boutons pointus, ou immédiatement purulents, ou presque sur-le-champ secs, ou bientôt éteints, etc., etc., sont de fausse vaccine.

Quel que soit là dessus le préjugé populaire ou, si l'on veut, le préjugé maternel, il n'y a qu'une seule qualité de vaccin : nous voulons dire que le vaccin, pourvu qu'il ait été caractérisé par la marche spéciale de la vaccine, est toujours bon, est toujours préservatif de la variole. Qu'il vienne d'un scrofuleux, d'un dartreux, d'un galeux, ou d'un bel enfant à la peau blanche et rose et à la chair potelée, il ne sera ni plus ni moins préservatif. Ce point de pratique est assez important pour ne pas être perdu de vue : qu'on fasse aux mères les concessions qu'on voudra, mais qu'on ne les fasse qu'à leur imagination.

Quant aux moyens de conserver le vaccin, M. Bousquet nous paraît raisonnable de préférer les plaques de verre aux lancettes et aux tubes, surtout si l'on veut conserver long-temps ce fluide ; car l'extrémité des lancettes risque toujours de s'oxyder, et s'il est très facile et très simple de faire monter le vaccin dans les tubes, il est assez difficile et assez compliqué de remplir ces tubes, conséquemment de ne pas y laisser un peu d'air, conséquemment de ne pas exposer le vaccin à la décomposition ou au moins à l'altération de ses propriétés préservatives.

La seconde partie du *Traité de la Vaccine* contient les principales questions générales relatives à la vaccine, elle est comme le complément philosophique de la première : l'auteur y examine et y résout les principales objections faites à la vaccine, à la durée de ses qualités préservatives, etc. Ici, ce nous semble, se trouve le mérite de l'ouvrage : dans toutes ces questions où souvent, comme le dit M. Bousquet, il y a des faits pour et contre, où par conséquent les faits tout seuls ne peuvent juger en dernier ressort, il y avait à établir des distinctions nombreuses, à faire ressortir des principes et des expériences leurs légitimes conséquences ; et, nous le répétons, c'est avec bonheur que cette partie du sujet a été attaquée et traitée. Ainsi, à ceux qui croient que le virus vaccin a dégénéré parce que les pustules vaccinales d'aujourd'hui ne sont pas si belles que celles qui ont été décrites par Jenner, parce que l'*indisposition générale* produite par l'inoculation de la vaccine est moins vive encore que Jenner ne l'a dit, parce qu'un grand nombre de vaccinés sont atteints de variole, à cela, dis-je, on répond très bien qu'il est naturel que Jenner ait donné la description des boutons de vaccine les plus prononcés comme types d'une affection nouvelle, que, pour ce qui est de la fameuse *indisposition générale*, une expérience un peu plus longue avait fait reconnaître à Jenner lui-même qu'il y avait attaché trop d'importance et qu'il avait pris pour général et essentiel ce qui n'était que particulier et accidentel ; enfin, qu'il est tout simple qu'il y ait un plus grand nombre de vaccinés atteints de variole alors que la vaccine est beaucoup plus généralement répandue ; et, sur ce dernier point, il ne faut pas perdre de vue que les pre-

miers vaccinateurs déclaraient *fausse* la vaccine lorsque la variole venait après elle; tant ils croyaient la *vraie* vaccine infailible, de sorte que c'est pour avoir eu d'abord une trop bonne idée du virus vaccin que l'on en a aujourd'hui une trop mauvaise. Un autre fait sur lequel l'observation ne laisse plus de doute à présent, jette un nouveau jour sur cette question, et permet de voir un vacciné affecté de variole sans croire pour cela à la dégénération du virus vaccin : ce fait, c'est la possibilité de la récurrence de la variole, et, la vaccine équivalant à une variole, la possibilité de la variole après la vaccine.

La conclusion de tout ceci est donc que le virus vaccin n'a pas dégénéré, ou au moins que cette dégénération est encore à démontrer par des expériences.

Une autre question, celle de l'épuisement de l'effet préservatif du vaccin, et de la nécessité d'une deuxième et troisième vaccination avait besoin d'être éclaircie. Au premier abord encore les faits paraissent positifs. Des personnes vaccinées ont pu l'être avec succès une seconde fois, une troisième, ou ont été atteintes de variole. La chose est incontestable : mais il est incontestable aussi que quelques individus, par l'effet de leur idiosyncrasie spéciale, ont été plusieurs fois atteints de la petite vérole, quoique, généralement parlant, une première variole soit le meilleur préservatif de la variole. Il est donc concevable que la vaccine la plus vraie ne s'oppose pas absolument aux succès d'une nouvelle vaccination ni à une atteinte variolique : seulement l'expérience prouve que les varioles de vaccinés et de variolés ont un caractère bénin, surtout quant aux symptômes généraux, et la juste appréciation des faits permet d'établir que la répétition de la vaccine n'est pas nécessaire, bien qu'elle soit sans inconvénient. Si, à cause de cette innocuité et pour plus de sûreté, on voulait répéter la vaccine, à quelles époques, à quels intervalles faudrait-il le faire? Les partisans de cette opinion sont sur ce point très peu d'accord entre eux, les uns voulant deux ans, les autres trois, les autres cinq, les autres quinze, vingt, etc., d'intervalle. Cette variété d'opinions qui force à prendre son parti à peu près à tout hasard, s'explique par ce que nous avons dit plus haut de la variété des idiosyncrasies relativement à l'acceptation, toujours exceptionnelle, d'une nouvelle variole ou d'une nouvelle vaccine.

Un des derniers points sur lesquels insiste M. Bousquet dans sa seconde partie, est celui qui est relatif aux boutons : à savoir *si l'intégrité des boutons est nécessaire pour assurer à la vaccine sa vertu préservatrice; quel est le nombre des boutons nécessaire pour que la vaccine soit préservatrice; enfin quelle est l'importance des boutons même.* Plusieurs de nos lec-

teurs se rappellent sans doute quels débats souleva dans le sein de l'Académie de médecine la lecture de ces chapitres. Il nous semble pourtant que la chose est assez simple : si le vaccin est un virus qui, en imprégnant l'économie, la modifie tout entière, de façon qu'elle ne soit plus apte à recevoir la variole, la vaccine est une affection générale. Cette affection générale spéciale, c'est-à-dire cette réaction générale de l'organisme contre une cause spéciale de maladie (le vaccin), peut-elle se passer d'éruption locale? Il est probable que oui. Peut-on s'assurer qu'elle se fait comme elle doit se faire, quand l'éruption n'a pas lieu? Il est extrêmement probable que non, et c'est ici que M. Bousquet, si juste, si médecin, à notre sens, dans le commencement de la discussion, va un peu trop loin; car la fièvre vaccinale, et la non-infection variolique au milieu d'une épidémie de variole, sont deux faits importants sans doute, mais non pas péremptoires. Cela est si vrai que l'auteur est obligé d'avouer que, pour plus de sûreté, on fera mieux de revacciner quand l'éruption locale n'aura pas eu lieu.

A la manière dont nous envisageons la question de la nécessité de l'éruption, comme *signe* de l'imprégnation de l'organisme par le vaccin; aux concessions que nous venons de faire à M. Bousquet, c'est-à-dire à la logique, on voit que nous penserons, ainsi que le secrétaire de l'Académie, que l'intégrité des boutons n'est pas nécessaire et que le nombre des boutons peut être aussi petit que possible, réduit à un, comme le voulait Jenner qui craignait tant la réaction locale. Ne nous suffit-il pas que l'éruption *légitime* nous indique l'état général de l'organisme? Cet indice une fois fourni, qu'avons-nous à demander à l'éruption? D'ailleurs l'expérience en a jugé ainsi.

C'est à dessein que nous ne parlons pas du chapitre de *l'Influence de la vaccine sur la population*; chapitre que nous trouvons un peu vague, diffus, manquant de données historiques et statistiques suffisantes. Ce serait une question longue à entamer ici, et dont la solution n'ajouterait rien, j'espère, à l'idée qu'ont nos lecteurs des bienfaits incontestables de la vaccine.

Un seul mot sur la forme de l'ouvrage de M. Bousquet :

Ce livre, plein de méthode, se lit avec intérêt, à cause des faits qu'il contient et qui résument bien l'état actuel de la science sur la vaccine; avec plaisir, à cause du style facile, élégant, qui revêt les pensées souvent ingénieuses de l'auteur. J'aimerais encore mieux ce style, s'il était moins recherché et moins personnel. On peut avoir toute la raison du monde sans mettre la moindre recherche à ce qu'on dit, et raconter tout ce qu'on a vu, fait, pensé, trouvé, sans parler de soi.

H. GOURAUD.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

STATISTIQUE MEDICALE.

POIDS DE L'HOMME AUX DIFFERENS AGES.

Buffon nous a laissé des documens fort curieux sur

l'accroissement du corps de l'homme aux différens âges et pendant les différentes saisons. Suivant lui, l'accroissement du corps est bien plus prompt en été qu'en hiver, parce que la chaleur, qui agit généralement sur le déve-

l'oppolement de tous les êtres organisés, influe considérablement sur celui du corps humain. D'après le même auteur, l'enfant croît toujours de moins en moins jusqu'à l'âge de puberté, auquel il croît pour ainsi dire tout-à-coup, et arrive en fort peu de temps à la hauteur qu'il doit avoir le restant de sa vie. Ainsi, les enfans qui ont, terme moyen, en naissant, 18 pouces, grandissent pendant la première année de 6 à 7 pouces; pendant la seconde, de 4 pouces; pendant la troisième, de 2 à 3 pouces, et ensuite d'un pouce et demi environ par an jusqu'à l'âge de puberté.

Ces recherches nous amènent naturellement à celles que M. Quetelet, directeur de l'Observatoire de Bruxelles, a faites sur le poids de l'homme aux différens âges. Les études faites avant lui sur le même sujet se sont particulièrement appliquées, soit à l'époque de la naissance, soit à l'époque du développement complet; mais elles n'ont point embrassé les âges intermédiaires. Ces études offrent cependant un grand intérêt, non pas seulement de pure curiosité, mais encore pour la solution d'un grand nombre de questions de médecine légale, notamment celles qui ont pour objet de déterminer l'âge d'un individu, après sa mort, par l'ensemble de ses qualités physiques. Certes, dans ce cas, le poids de l'homme est un caractère physique assez positif et qui peut fournir des documens importans. Mais suivons M. Quetelet dans la série de ses observations.

Le poids moyen des enfans nouveau-nés est pour les enfans mâles de 3 k. 20, et pour les filles de 2 k. 91. Ainsi, dès la naissance, il existe une inégalité pour le poids entre les enfans des deux sexes, et cette inégalité est à l'avantage des garçons. Quant aux limites, elles présentent, savoir: pour les garçons, un minimum de 2 k. 34 et un maximum de 4 k. 50, et pour les filles, un minimum de 1 k. 12, et un maximum de 4 k. 25. Ces documens s'accordent parfaitement avec ceux obtenus à la Maternité sur plus de 20,000 enfans, et qui prouvent que leur poids moyen est de 6 livres un quart. On n'a vu dans cet hôpital qu'un très petit nombre d'enfans du poids de 10 livres et demie; d'autres du poids seulement de 3 livres, de 2 livres et quelques onces.

Les enfans diminuent un peu de poids après leur naissance, et les moyennes calculées pour chaque jour présentent les valeurs suivantes:

	Poids de l'enfant.
Après la naissance.....	3 k. 126
Au deuxième jour.....	3 057
Au troisième jour.....	3 017
Au quatrième jour.....	3 035
Au cinquième jour.....	3 039
Au sixième jour.....	3 035
Au septième jour.....	3 060

L'enfant ne commencerait donc à croître d'une manière sensible qu'après la première semaine. A un an son poids est déjà considérablement augmenté, puisqu'il pèse 9 k. 45; à 10 ans, il pèse 24 k. 52; à 20 ans, 60 k. 06; à 30 ans, 63 k. 65; à 40 ans, 63 k. 67; à 50 ans, 63 k. 46; à 60 ans, 61 k. 94; à 70 ans, 59 k. 52; à 80 ans, 57 k. 83, et à 90 ans, 57 k. 83.

Ainsi, l'âge auquel le poids de l'homme est le plus considérable est 40 ans, et il décroît ensuite insensiblement, de même que sa taille; car à quatre-vingts ans, âge où il a perdu environ 6 k. de son poids, sa taille a également perdu environ 7 centim. Quant à la femme, elle parvient au maximum de son poids plus tard que l'homme: c'est vers l'âge de cinquante ans qu'elle pèse le plus; à partir de l'âge de dix-neuf ans environ, le développement de son poids est à peu près stationnaire jusqu'à l'époque où elle cesse de procréer.

Le poids moyen, à dix-neuf ans, est à peu près celui des vieillards chez les deux sexes. Quand l'homme et la femme ont pris leur développement complet, ils pèsent à peu près vingt fois autant qu'au moment de leur naissance, tandis que la taille n'est qu'environ trois fois et un quart ce qu'elle était à la même époque.

Un an après la naissance, les enfans des deux sexes ont triplé leur poids; il faut ensuite six ans pour doubler ce poids et treize pour le quadrupler.

Immédiatement avant la puberté, l'homme et la femme pèsent la moitié du poids qu'ils auront après le développement complet.

Le maximum du poids de l'homme est de 98 k. 5, et celui de la femme, 93 k. 5; le minimum est pour l'homme de 49 k. 1, et pour la femme de 63 k. 7.

Enfin le poids moyen d'un individu est, quand on ne considère ni le sexe, ni l'âge, de 44 k. 7, et en tenant compte des sexes, de 47 k. pour les hommes, et de 42 k. 5 pour les femmes.

Nous ajouterons, aux documens qui précèdent, et qui ne peuvent d'ailleurs donner que de faibles aperçus des travaux de M. Quetelet, quelques extraits de notes manuscrites relatives au même sujet, et trouvées dans les papiers de feu Tenon, membre de l'Institut de France. Ces notes, qui étaient restées inédites, ont été publiées dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, par M. Villerminé, auxquelles elles avaient été remises. Suivant ces notes, les Lapons et les Patagons présentent les deux extrêmes de la stature naturelle. Les Lapons auraient communément de 4 pieds à 4 pieds 6 pouces, et les Patagons auraient depuis 5 pieds 5 à 6 pouces jusqu'à 6 pieds 3 pouces; leurs femmes seraient plus petites de 6 à 7 pouces.

En Europe, M. Tenon pense que c'est en Saxe que se trouvent les hommes les plus hauts. En 1780, la taille commune des fantassins y était de 5 pieds 6 pouces, et la garde à pied, ou les grenadiers des corps, au nombre de 2,000, avaient une taille ordinaire de 6 pieds.

En décrivant ces résultats, M. Tenon, qui avait soigneusement recueilli les notions éparses sur son sujet dans les meilleurs ouvrages, notait aussi que dans beaucoup de pays on trouve à côté l'une de l'autre, et même quelquefois comme mêlées ou alternées, des races ou variétés d'hommes bien distinctes par leur stature. En effet, non loin des grands Patagons sont les Percherons, qui ont une taille bien moins élevée; près des Lapons et entre leurs peuples, il y a des hommes d'une taille plus haute; près des Saxons se trouvent les Silésiens qui sont d'ordinaire assez petits.

Nous mentionnerons, à l'appui de ces renseignemens, les habitans des environs de Guérande et du Croisic, département de la Loire-Inférieure, et qui ont tout près de 6 pieds, tandis que les paysans voisins, ainsi que tous ceux du reste de la Bretagne, sont tous d'une taille très-moyenne.

En résumé, nous pensons que l'on s'est trop peu occupé jusqu'à ce jour de l'étude du poids et de l'accroissement de la taille de l'homme aux différens âges; elle produirait cependant d'utiles résultats et pour l'histoire de l'homme et pour la médecine légale. Sous ce rapport, nous ne pouvons qu'applaudir aux intéressans travaux de M. Quetelet, qui donneront sans doute une nouvelle impulsion à cette partie importante de la physiologie. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*)

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE.

CLINIQUE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, trimestre de juillet 1832; service de M. BRACHET.

Rhumatismes. — Pendant la saison des chaleurs M. Brachet a observé dix rhumatismes aigus. A ce propos, le médecin de Lyon fait remarquer que le rhumatisme est à peu près aussi fréquent en été qu'en hiver, sans qu'il y ait là rien qui soit en contradiction avec l'étiologie bien connue de cette maladie particulièrement due à l'impression du froid humide. Les malades atteints de rhumatismes pendant l'été ont toujours exposé leur corps très-chaud et en moiteur à un air frais, ou même à l'eau froide. Or, lorsque notre corps est accoutumé à une température de 20 à 24° Réaumur, et surtout lorsqu'il a été mis en sueur par l'exercice, sa sensibilité est plus vivement affectée par une transition subite à une température de 10° à 0.

M. Brachet n'a pas vu un seul cas dans lequel le rhumatisme eût son siège dans les muscles. C'étaient toujours les capsules synoviales qui étaient attaquées. Pendant toute la durée de l'état aigu de l'affection, le pouls a conservé de la vitesse et de la raideur; il y a eu vraiment fièvre, bien que la durée de la maladie ait été courte. Le sang tiré de la veine a toujours présenté une belle couche inflammatoire: voilà des circonstances qui indiquent une affection plutôt générale que locale, et qui donnent de la justesse à la vieille expression de *fièvre rhumatismale*.

Les saignées, l'opium à hautes doses, et chez deux malades offrant des signes d'embarras gastrique, le tartre stibié sont les moyens thérapeutiques qui ont été mis en usage avec succès.

Ménorrhagie. — De trois ménorrhagies déjà presque chroniques, puisque la plus récente datait d'au moins trois semaines, l'une fut arrêtée par l'administration de 36 grains de seigle ergoté en poudre; l'autre résista à la même substance continuée pendant quatre jours, et céda promptement à l'extrait de ratanhia donné à la dose de 20 grains par jour. Selon M. Brachet, cette différence de résultats doit être attribuée à ce que la première de ces hémorrhagies utérines était survenue à une époque peu éloignée de l'accouchement, et que c'est surtout dans ces sortes de métrorrhagies que paraît convenir le seigle ergoté dont la propriété spéciale est de mettre en jeu la contractilité du tissu de l'utérus, et de remédier à l'état d'inertie de cet organe. — La 3^e métrorrhagie, qui durait depuis 45 jours fut en 2 jours arrêtée par une saignée du bras et deux potions avec 12 grains d'extrait de ratanhia; mais immédiatement après, quelques symptômes d'inflammation de la matrice firent voir qu'on avait trop brusquement arrêté le mouvement fluxionnaire, et nécessitèrent une application de sangsues aux cuisses, et une saignée du bras, qui furent suivies de la complète guérison.

Coqueluche. — Quatre coqueluches ont été traitées avec succès: une, qui était simple, a été promptement guérie par deux vomitifs et un emplâtre stibié entre les deux épaules. Nous disons guérie, puisque la maladie, qui durait depuis 15 jours, s'est terminée après 17 jours de traitement, et qu'une coqueluche abandonnée à sa marche naturelle est ordinairement d'une plus longue durée. — Deux autres coqueluches, compliquées de catarrhe pulmonaire, chez des enfans scrofuleux, ont été très-longues à guérir. — Enfin, une troisième, également compliquée de catarrhe aigu, a facilement et promptement cédé au traitement antiphlogistique. M. Brachet ne se hâte pas de conclure de ce fait en faveur de la méthode antiphlogistique dans la coqueluche. Il sait que le plus souvent cette méthode échoue, et il ne la regarde comme susceptible de succès que lorsque la coqueluche semble être sous la dépendance immédiate du catarrhe aigu, ainsi qu'il arrive pour la fièvre intermittente dépendante de quelque phlegmasie.

M. Brachet, consultant l'anatomie pathologique, déclare qu'elle n'apprend rien que sur les complications de la coqueluche; et, analysant plusieurs phénomènes de cette maladie, la *titillation du larynx*, le *besoin insurmontable de tousser*, la *toux convulsive*, l'*inspiration sifflante*, l'*expectoration glaireuse*, il croit qu'une altération particulière du système nerveux ganglionnaire pulmonaire est la cause de l'altération de sécrétion qui se remarque à la surface des bronches, que l'impression faite sur les bronches et sur le larynx par cette matière sécrétée, est communiquée au cerveau qui, par les nerfs distribués aux muscles pectoraux, au diaphragme et à tous les muscles inspireurs, produit les quintes de toux convulsive de la coqueluche et tous les phénomènes de congestion consécutifs. La coqueluche serait ainsi en même temps une affection du système nerveux ganglionnaire, et une affection du système nerveux cérébral. (*Rev. méd.* sept. 1833.)

CHOIX D'OBSERVATIONS, par le docteur SÉDILLOT, chirurgien aide-major au Val-de-Grâce, etc.

Luxation altoïdo-axoïdienne. — Contre l'opinion des anciens qui, jusqu'à et y compris Ambroise Paré, ont regardé toutes les luxations des vertèbres comme des maladies fréquentes, les chirurgiens modernes ont constaté que ces affections sont fort rares. M. A. Cooper, dans ses nombreuses recherches, n'a jamais trouvé de déplacement des vertèbres sans fracture du corps ou des apophyses articulaires. De toutes les luxations vertébrales, celle qui se rencontre le plus fréquemment est la luxation altoïdo-axoïdienne. Les causes qui prédisposent spécialement à ces luxations sont les affections tuberculeuses et rhumatismales, la carie, etc. Dans le fait rapporté par M. Sédillot, les vertèbres n'étaient anté-

rieurement altérés ni dans leur forme ni dans leur consistance; la cause de la luxation fut une violence extérieure, légère, il est vrai, mais favorisée par une affection de nature tuberculeuse qui avait envahi et détruit la plupart des liens articulaires; la compression du bulbe rachidien, à sa partie inférieure, et la mort immédiate s'ensuivirent.

Luxation en haut de l'extrémité humérale de la clavicule. — Un homme, tombé de son lit, pendant la nuit, sur le coude et sur la partie externe de l'épaule, entra au Val-de-Grâce avec les symptômes suivans: impossibilité de lever le bras, grandes douleurs dans la région acromiale aux moindres tentatives de mouvement, saillie considérable au point qui correspond à l'extrémité externe de la clavicule (comme on peut s'en assurer en mesurant avec un fil la clavicule du côté sain). On abaissait cette tumeur en déprimant la clavicule de haut en bas, et on rendait aux parties à peu près leur conformation naturelle en soulevant l'épaule. L'intervalle qui sépare l'extrémité humérale de la clavicule du bord externe de l'acromion était beaucoup plus étendu que d'ordinaire et que du côté sain, ce qui donnait beaucoup plus de longueur au bras mesuré depuis la clavicule jusqu'à l'olécrâne. Le bord postérieur du scapulum soulevait fortement les tégumens; l'angle postérieur et inférieur était dirigé en arrière, en dedans et en bas; l'angle acromial ou glénoïdien s'inclinait en dehors et en bas.

La luxation de bas en haut de l'extrémité externe ou humérale de la clavicule fut diagnostiquée et traitée. L'idée de fracture de la clavicule fut écartée, quoiqu'il y eût, comme dans cette dernière affection, abaissement de l'épaule et impossibilité de lever le bras; car il y avait de plus, ici, toute la longueur de la clavicule facile à mesurer, et qui ne peut jamais être égalée par la longueur du fragment interne.

L'épaule réduite fut maintenue par un coussin dans l'aisselle, et un bandage en huit de chiffre, dont le centre reposait sur le lieu correspondant à la saillie primitive. Ce bandage fut réappliqué deux fois, et le malade fut renvoyé guéri, vingt jours après l'accident, avec la recommandation de quelques ménagemens dans les mouvemens du bras. (*Gaz. méd.*)

MÉMOIRE SUR LES ANÉVRISMES FAUX PRIMITIFS ET FAUX CONSÉCUTIFS, ET SUR LEUR TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE D'ANEL OU DE HUNTER, par M. NICHET, docteur-médecin, chirurgien en chef désigné de l'hospice de la Charité de Lyon.

M. Nichet établit la supériorité de la méthode d'Anel en rappelant plusieurs faits dans lesquels l'artère a été liée à une assez grande distance du lieu de la blessure, avec un plein et prompt succès, dans des cas où la circulation aurait très bien pu fournir à l'hémorrhagie au moyen des collatérales: comme cet enfant, dont parle M. Boyer, qui s'enfonça un couteau dans la partie moyenne du jarret, qui eut une hémorrhagie rebelle à la compression plusieurs fois répétée, et *immédiatement et irrévocablement* arrêtée par la ligature de l'artère fémorale à la réunion de son tiers inférieur avec son tiers moyen; comme ce chef d'escadron, auquel il survint une tumeur anévrismale volumineuse dans l'espace poplité frappé d'une balle, et que M. Dupuytren guérit par la ligature de la crurale; comme ce soldat, cité par M. Larrey, qui avait eu l'artère thyroïdienne supérieure et la carotide primitive au même niveau intéressées par un coup de briquet, et qui fut sauvé par la ligature de la carotide primitive au-dessous de la blessure; et, dans ce dernier cas, une artère, presque aussi volumineuse que le tronc carotidien lui-même, montait derrière le muscle sterno-mastoidien jusqu'à l'artère temporale avec laquelle elle paraissait s'anastomoser.

Voilà donc l'accident capital à craindre de la méthode d'Anel qui se trouve, dans la plupart des cas, purement hypothétique. Quant aux avantages, de ne pas introduire l'air dans un vaste foyer sanguin, et d'éviter par là les suppurations qui ruinent le malade et altèrent le tissu de l'artère, est-ce la peine de les rappeler?

Pour les anévrismes de la jambe, où le lieu précis de la blessure est si difficile à déterminer, et le vaisseau si

pénible à trouver, M. Nichet est encore plus positif en faveur d'Anel. Il rappelle les opérations de MM. Dupuytren, Delpech, A. Cooper, qui établissent incontestablement ce point de pratique, soit pour des cas de blessures artérielles de la jambe, soit pour des cas de fractures dans lesquelles les fragmens avaient rompu les artères et donné lieu à des tumeurs anévrismales. Il cite les incroyables difficultés de M. Guthrie pour lier l'artère péronière, et de Deschamps pour la tibiale postérieure, et conclut, avec MM. Marjolin et Bérard (*Dict. de méd.*, t. III, av. 1833) : « malgré l'insuffisance fréquente de l'application de la méthode d'Anel ou de Hunter aux anévrismes faux primitifs, et, malgré les faits rapportés par M. Guthrie, nous sommes obligés d'avouer que la recherche du point même où l'artère a été blessée est quelquefois hérissée de tant de difficultés, que l'on sera encore réduit, dans ces cas, à l'emploi d'une seule ligature placée à quelque distance au-dessus de la blessure. »

Selon M. Nichet, l'insuffisance ici signalée de la méthode d'Anel est due le plus souvent à la plaie des tégumens au niveau de la tumeur anévrismale, parce qu'alors le sang s'écoulant par la plaie ne favorise pas par sa coagulation dans le vaisseau ouvert l'effet de la ligature du tronc principal; ce qui indique qu'une compression modérée sur la plaie doit être pratiquée en même temps que la ligature indirecte. Aussi les cas d'anévrismes, à la suite de fracture sans plaie extérieure, sont-ils les plus propices; de même des hémorrhagies à la suite des amputations, parce qu'il n'y a alors ni bout inférieur, ni anastomoses pour nourrir l'hémorrhagie.

M. Dupuytren, qui, dans la plupart des plaies artérielles, admet la méthode d'Anel, fait une exception pour les artères de la main et du pied. A quoi M. Nichet fait observer que cette exception ne peut être faite que pour le moment où le sang ne s'est pas encore infiltré dans les tissus; car, lorsque cette infiltration a eu lieu, la recherche des deux bouts de l'artère blessée serait l'opération la plus pénible et la plus aventureuse, tandis que la ligature de l'artère radiale et de l'artère cubitale serait chose simple, facile, et d'un succès bien probable. (*Gaz. méd.*)

OBSERVATION D'ÉPANCHEMENT APOPLECTIQUE AYANT SON SIÈGE PRÉSUMÉ DANS LA CAVITÉ ARACHNOÏDIENNE; rédigée par M. LONGET, interne des hôpitaux, et présentée à la Société de médecine, par M. PRUS, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Un coagulum trouvé au-dessous de la portion de dure-mère qui recouvre l'hémisphère gauche, paraissant situé entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de l'arachnoïde, avait 5 pouces de longueur sur 3 pouces de largeur. Ce coagulum, peu adhérent à l'arachnoïde cérébrale, en était séparé par une membrane mince et lisse de nouvelle formation qui tenait intimement au feuillet séreux qui tapisse la face interne de la dure-mère. Il y avait ainsi à la surface extérieure de l'hémisphère gauche une dépression longitudinale, de couleur de rouille, qui logeait le caillot. — La masse encéphalique un peu injectée était du reste saine. Une plaque osseuse se rencontrait dans la faux du cerveau.

L'homme sur lequel on observa ces lésions organiques, âgé de 73 ans, avait présenté les symptômes d'une congestion cérébrale d'abord, et progressivement l'affaiblissement et la perte de la sensibilité et de la myotilité du membre supérieur droit, et la perte progressive de l'intelligence.

M. Longet, qui rapporte cette observation dit que, dans ce cas, l'on s'est complètement trompé sur le diagnostic; car on avait cru à un ramollissement. Ce qui avait fait croire, dit-il, à un ramollissement cérébral, c'est la marche des symptômes précurseurs, la céphalalgie, les vertiges, la diminution graduelle des facultés de l'intelligence. La contracture avait été légère, mais elle avait existé.

Nous ajouterons cette réflexion, que la manière dont M. Récamier conçoit et explique le rapport des lésions cérébrales et des symptômes, et qui a été vérifiée un grand nombre de fois, aurait trouvé ici une confirmation parfaite. Ce praticien dit : 1^o qu'il y a ramollissement

ordinairement toutes les fois qu'il y a résolution complète du membre, et perte subite de la myotilité, sans diminution et même avec exaltation de la sensibilité dans la partie privée du mouvement, sans altération notable de l'intelligence; 2^o qu'il y a hémorrhagie toutes les fois qu'il y a perte simultanée de la sensibilité, de la myotilité, de l'intelligence et résistance musculaire.

M. Longet termine son mémoire par la citation de plusieurs auteurs qui ont rapporté des cas d'épanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne : Abercrombie (*Pathological and practical Researches*, etc., etc., pag. 236 et suiv.); M. Serres (*Annuaire méd. chir.* p. 303); M. Rostan (*Ramoll. du cerveau*, p. 396, 2^e édition); M. Menière, M. Howship, M. Blandin (*Anat. topog.*, p. 42); M. Ribes (*Rev. méd.*, janv. 1832); M. Rochoux (*Rech. sur l'apoplexie*, p. 355). Ces différens auteurs ont des opinions diverses sur le siège de ces épanchemens. (*Rev. méd.*)

ACCOUCHEMENS.

VICE DE CONFORMATION, GROSSESSE, OPÉRATION CÉSARIENNE, MORT, AUTOPSIE; par M. BELLO.

Le 4 février 1833, M. Baudeloque, neveu, pratiqua l'opération césarienne sur une femme de 40 ans, enceinte pour la huitième fois, dont la cinquième et la sixième grossesses s'étaient terminées par de fausses couches, et dont tous les autres accouchemens avaient nécessité l'application du forceps. Chez cette femme, le ventre était pendant sur les cuisses et cachait les parties génitales; le toucher, qui indiquait une assez bonne largeur du détroit inférieur, ne pouvait atteindre le col de l'utérus; la moindre tentative pour replacer l'utérus dans une position qui permit au fœtus de traverser les détroits du bassin, provoquait des douleurs insupportables. La gastrotonie avait paru l'unique ressource dans ce cas singulier. La malade expira quinze heures après l'opération.

L'autopsie révéla les choses suivantes :

La cavité pelvienne et une partie de l'abdomen étaient remplies de sang. La malade était morte d'hémorrhagie. — La matrice, qui contenait quelques caillots de sang, avait son fond situé en bas, sa face postérieure était devenue antérieure, et c'est sur elle que l'incision avait été faite. Ce qu'il y avait de plus remarquable était la déformation du bassin, la colonne vertébrale était soudée à angle droit sur la face antérieure du sacrum : cette circonstance, pendant la vie, avait forcé la malade à se tenir droite dans son lit, le dos appuyé sur un grand nombre de coussins, car le coucher en supination aurait nécessairement dirigé en haut l'ouverture inférieure du petit bassin. En remarquant que, dans l'état naturel, le rachis forme avec la face antérieure du sacrum un angle saillant de 30° environ, on voit qu'il avait subi ici un changement de direction de 110 à 120°, sans qu'aucune des fonctions ait été troublée; ce qui s'explique par la largeur considérable du canal rachidien comparative-ment au volume des nerfs qu'il contient dans cette région. — Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur avait 4 pouces 8 lignes, le diamètre transversal, 4 pouces 9 lignes, c'est-à-dire, le premier, 4 lignes de plus, le deuxième, 3 lignes de moins qu'à l'état normal. Le diamètre oblique, 4 pouces 4 lignes, 2 lignes de moins que dans un bassin régulièrement conformé. Le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur avait 4 pouces 2 lignes; le transversal était seulement de 2 pouces 9 lignes, conséquemment de 15 lignes de moins qu'il n'aurait fallu.

On comprend, d'après ce vice de conformation de la colonne vertébrale, que l'utérus a dû, ainsi qu'il l'a fait, prendre presque tout son développement en dehors du bassin et retomber pendant la vie au-devant du pubis : les parois du ventre ont dû, ainsi que cela s'est vu, se distendre outre mesure, s'amincir; de là l'injection veineuse et la gangrène de la peau et des aponévroses sous-jacentes.

M. Bello finit son mémoire par des réflexions sur les causes de cette déformation singulière du bassin, qu'il attribue à une ancienne carie, d'après quelques circon-

stances commémoratives et plusieurs dispositions anatomiques. (*Trans. méd. sept. 1833.*)

REMARQUES PRATIQUES SUR LES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS PENDANT LA GESTATION ET LES PARTURITIONS PRÉMATURÉES A TERME; par CH. GÉRARD, médecin à Morteau.

Rapport de M. Téallier, membre de la Société de médecine de Paris. — Quant aux lésions de la matrice, qui ont lieu pendant la gestation, et qui peuvent produire l'accouchement prématuré, M. Gérard estime que les causes traumatiques déterminent le plus souvent la péritonite et la métrite, et qu'elles n'expulsent de la cavité utérine le produit de la conception qu'autant que l'affection de l'organe gestateur est assez profonde pour empêcher les fonctions du placenta, et par conséquent pour faire cesser la vie du fœtus. Selon M. Téallier, cette proposition est trop absolue, car on voit journellement des accouchemens prématurés déterminés traumatiquement bien avant que la péritonite et la métrite aient suspendu les fonctions du placenta.

M. le rapporteur ne pense pas comme l'auteur du mémoire que les positions vicieuses du fœtus pendant la parturition dépendant d'un état phlegmasique général ou partiel, chronique ou aigu de l'utérus, et il se fonde sur ce qu'il n'y a pas de rapport appréciable entre la position du fœtus et l'état de santé de la mère pendant sa grossesse; que souvent la femme la mieux portante a un enfant qui se présente dans la situation la plus défavorable à l'accouchement, et la femme la plus valétudinaire un enfant qui se présente dans la situation la plus favorable. Le rapporteur regrette que M. Gérard n'ait pas parlé d'un effet remarquable de la phlegmasie de l'utérus, savoir l'adhérence qui en résulte entre la face interne de l'utérus et le placenta, adhérence que tous les efforts sont quelquefois impuissans à détruire, et qui réduit l'accoucheur à extraire par arrachement une partie du placenta, et à abandonner la sortie du reste aux efforts de la nature et au travail suppuratif qu'elle provoque.

Enfin M. Téallier ne peut accorder à M. Gérard que la phlébite puisse avoir pour cause l'œdémie sous-pelvienne. Il pense avec raison que dans tous les cas la gêne dans la circulation veineuse précède l'infiltration séreuse, l'accompagne ou la provoque, et qu'ici M. Gérard prend l'effet pour la cause. (*Transact. méd. sept. 1833.*)

H. GOURAUD.

MEDECINE COMPAREE.

EXPÉRIENCES PROUVANT QU'IL Y A BEAUCOUP D'AVANTAGES A REMPLACER L'AVOINE ENTIÈRE PAR L'AVOINE CONCASSÉE, par M. LEBLANC.

Tout le monde sait que, lorsque l'on répand sur la terre du fumier de cheval, on voit lever une grande quantité de brins d'avoine. Un examen, même grossier, suffit pour convaincre que, dans le crottin, on peut retrouver une grande quantité de graines entières. M. Leblanc s'est donné la peine de calculer cette quantité, et il a obtenu les résultats suivans : Un cheval qui faisait un service pénible, et qui mangeait dix livres d'avoine, rendait dans ses crottins quinze mille quatre cent quatre grains d'avoine non altérés, c'est-à-dire le dixième de la masse totale. Chez un autre cheval, qui travaillait peu, on ne trouvait dans les crottins que neuf mille grains d'avoine, sur onze livres qui avaient été mangées, c'est-à-dire un vingt-et-unième à peu près. Le même cheval mangea douze livres d'orge, il rendit dans ses crottins dix-neuf mille cinq cents grains non altérés, c'est-à-dire un sixième de la masse totale. Or, en concassant l'orge ou l'avoine, on ne retrouve plus dans les excréments de grains non altérés; d'où il suit qu'en broyant ces céréales on peut, avec une moindre quantité, nourrir mieux un cheval. Déjà plusieurs personnes ont adopté pour leurs chevaux ce genre de nourriture, et ils n'ont eu qu'à s'en applaudir.

Par là se trouve justifiée la pratique de tous les vétérinaires, qui prescrivent aux animaux malades des farines grossières, afin que la digestion soit plus facile que s'ils donnaient les graines sans les broyer préalablement; par

là s'explique la facilité avec laquelle les bêtes de somme de certains pays supportent de grandes fatigues quoiqu'on ne les nourrisse qu'avec une quantité de farine bien inférieure à celle que rendrait la masse de grains entiers que l'on donnerait au même animal pour obtenir une alimentation équivalente. (*Journal de méd. vét., juillet 1833.*)

OBSERVATIONS SUR LA PIÉTINE; par M. LECOQ.

Un propriétaire de Solre-le-Château confia aux soins de M. Lecoq un troupeau composé d'une centaine de moutons affectés du piétin. Il les partagea en trois classes, sous le rapport des désordres causés par la maladie. *Symptômes* : Les animaux de la première classe sont affectés de la maladie commençante : l'ongle est décollé à la face interne du doigt malade; un suintement fétide accompagne ce décollement, que l'on ne remarque guère qu'à un seul pied. La claudication est peu forte. — Chez les malades de la seconde classe, le décollement s'est étendu à presque toute la sole et à une partie de la paroi externe; chez quelques-uns le tissu podophylleux est altéré et laisse à nud la troisième phalange; un pus fétide suinte au-dessous de l'ongle. La maladie affecte quelquefois les quatre pieds. — Les moutons de la troisième classe présentent ces mêmes désordres au plus haut degré. La plupart d'entre eux ont les quatre pieds malades à des degrés différens. Sur un pied, et souvent même sur deux, on trouve un décollement presque complet de l'ongle, et l'interposition d'une matière purulente très fétide. La dernière et même la seconde phalanges sont dénudées dans plusieurs points et affectées de carie; leurs articulations sont ouvertes et présentent des végétations nombreuses: des abcès profonds existent aux talons. *Causes*. — Ces moutons ont été conduits, l'été dernier, par un jeune berger qui les fatiguait; ils ont les pieds dans une litière trop peu renouvelée; la cour de la ferme est basse, humide et toujours couverte d'une boue noire et épaisse. — Toutefois, ces causes ne semblent pas déterminantes aux yeux de M. Lecoq, il pense que la contagion a la plus grande part à la production du piétin dans ce troupeau. Il remarque que, toute l'année, de nombreux troupeaux destinés à l'approvisionnement de Paris, passent par Solre-le-Château. Ces troupeaux, fatigués par une longue route, sont infestés ordinairement par le piétin, et le communiquent aux moutons qui paissent dans les mêmes pâturages. — Il est confirmé dans cette opinion par l'observation suivante, savoir, que les moutons des villages environnans, quoique placés dans les mêmes conditions hygiéniques que celles de Solre-le-Château, ne contractent pas le piétin, ce qu'il attribue à ce qu'ils n'ont aucune communication médiate ou immédiate avec les troupeaux voyageurs.

Traitement. — *Première classe*. — Enlèvement de la portion d'ongle décollée, lotions avec de l'eau fraîche et salée, cautérisations superficielles avec l'acide nitrique, pansement avec de légers plumassaux imbibés d'eau-de-vie et maintenus en place par une petite bande de toile. — *Deuxième classe*. Ablation, à l'aide de la feuille de sauge, de la plus grande partie ou même de la totalité de l'ongle, arrachement de tout l'ongle après qu'on a convenablement paré le pied, si le décollement est complet; excision des végétations, dont on comprime l'hémorragie avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure. Même pansement que pour les moutons de la première classe. Chez quelques sujets, une nouvelle extirpation devient nécessaire à cause de l'irrégularité et de la mauvaise nature de la nouvelle corne, ce qui tient à la persistance de l'état maladif du tissu sous corne. — *Troisième classe*. Même traitement que pour la précédente. De plus, débridement des fistules, cautérisation des points cariés, ouverture des abcès, amputation du doigt malade quand les désordres semblent trop graves. Il est important, dans cette amputation, de conserver le bourrelet, si la chose est possible, parce qu'alors la corne continue à croître et forme une plaque irrégulière qui protège la cicatrice.

(*Recueil de méd. vét., juillet 1833.*)

POMMADE EFFICACE DANS LE TRAITEMENT DES EAUX AUX JAMBES DES CHEVAUX, par M. RODIER.

M. Rodier, vétérinaire, à l'île Bourbon, vante beaucoup la pommade suivante, dans le traitement des eaux aux jambes.

Sous acétate de cuivre, une partie.
axonge, quatre parties,
miel, quantité suffisante pour donner la consistance d'une pommade.

On fait précéder l'emploi de cette pommade de bains et de cataplasmes émolliens pendant quelques jours, puis on en fait des applications en couches aussi peu épaisses que possible, et de deux ou trois jours l'un, jusqu'à l'entière dessiccation de la partie malade. On a soin, à chaque nouvelle application, de diminuer l'activité de la pommade en y ajoutant une petite quantité de miel, lors surtout qu'on commence à s'apercevoir des bons effets

qu'elle produit. On a aussi la précaution, avant d'appliquer une nouvelle couche, d'enlever la précédente avec une dissolution de savon vert. Pendant le traitement, il faut autant que possible éviter que les membres malades soient exposés à l'humidité.

(Recueil de méd. vét., juillet 1833.)

RUPTURE DE LA RATE, HÉMORRHAGIE MORTELLE, par M. MILLOT.

M. Millot rapporte que, deux chevaux s'étant battus, l'un d'eux reçut un coup de pied dans l'hypochondre gauche : il mourut dix-huit heures après, avec tous les symptômes d'une péritonite. A l'ouverture du corps on trouva la rate déchirée au point correspondant au coup de pied. Environ trente-six livres de sang noir, et en partie coagulé, se trouvaient dans le péritoine.

(Recueil de méd. vét., juillet 1833.)

A. TROUSSEAU.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.**PHYSIOLOGIE.****RELATION D'UNE EXPÉRIENCE SUR LES CONNEXIONS VASCULAIRES DE LA MÈRE ET DU FŒTUS ; par W. E. HORNER, professeur d'anatomie dans l'université de Pensylvanie.**

Une femme de 34 ans mourut au neuvième mois de sa grossesse. Le lendemain, M. Horner injecta dans l'aorte un gallon (4 litres) de solution saturée de prussiate de potasse, et, peu après, une égale quantité de solution saturée de sulfate de fer. L'injection pénétra dans les capillaires, et le précipité de bleu de Prusse se distinguait à merveille dans plusieurs points de la peau. L'utérus fut examiné peu de minutes après l'injection, on trouva les artères utérines parfaitement injectées ; mais l'injection n'avait certainement pas pénétré dans le cordon ombilical, comme on put s'en assurer le lendemain et par l'inspection et par les réactifs chimiques.

On injecta ensuite tous les vaisseaux du cordon ombilical, d'abord avec une solution saturée de bichromate de potasse, puis avec une solution également saturée d'acétate neutre de plomb. — Dans tous les points où l'injection pénétra, il se forma un beau précipité jaune de bichromate de plomb. On injecta encore les sinus utérins avec du prussiate de potasse ou du sulfate de fer, comme la veille. Alors on remplit les canaux ombilicaux avec du plâtre coloré en jaune, et les sinus utérins avec la même substance colorée en bleu, ces derniers reçurent environ 18 onces de plâtre liquide.

Ces injections demandèrent quelque temps ; alors on coupa complètement le placenta et la substance de l'utérus. L'utérus ne contenait aucun vaisseau teint en jaune par le bichromate de plomb. Quant au placenta, il était fortement imprégné de sulfate de fer qui venait des vaisseaux de l'utérus, et la cavité de cet organe contenait une notable quantité de plâtre.

L'utérus fut étendu et séché, et on l'examina quinze jours après. M. Horner ne put encore trouver la moindre trace d'injection bleue dans les vaisseaux ombilicaux du placenta, et aucune trace d'injection jaune dans les vaisseaux de l'utérus. Le placenta cependant était alternativement teint des deux couleurs d'une manière assez régulière. — Quand on l'incisait dans toute son épaisseur, la surface de l'incision présentait deux couches nettement distinctes, l'une fœtale teinte en jaune, l'autre utérine teinte en bleu. Ces portions ainsi teintées se pénétraient l'une et l'autre, et formaient de véritables lobes, que l'on ne peut mieux désigner que par les termes de fœtaux et d'utérins.

Ces injections prouvent que, bien qu'il n'y ait pas continuité entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus, cependant certaines portions du placenta peuvent être imprégnées par la matière que l'on injecte dans les vaisseaux utérins, et semblent avoir une plus intime connexion avec la matrice. — La communication ne se fait pas par des conduits cylindriques ; mais par les orifices des sinus utérins qui s'attachent à ces portions du placenta

même. (The American Journal of the med. scienc. August. 1833.)

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE.**DES DOULEURS D'ESTOMAC (GASTRODYNIE) ET DE LEUR TRAITEMENT ; par le docteur MAC-ADAM.**

M. Mac-Adam reconnaît à la gastrodynie sept ordres de causes ; elle peut dépendre : 1° D'une sensibilité morbide des nerfs de l'estomac, entièrement étrangères à l'inflammation, et dans ce cas elle constitue une véritable névralgie de l'estomac ; 2° d'un état inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac ; 3° de l'existence d'un ou plusieurs ulcères de l'estomac, résultant d'une inflammation préalable ; 4° de l'altération des liquides sécrétés dans l'estomac ; 5° de l'inflammation ou de la sensibilité morbide du duodénum ; 6° elle peut se compliquer d'hystérie, ou n'être que le symptôme de cette névrose, ou bien encore dépendre de la distension de l'estomac par des gaz ; 7° enfin elle peut être causée par des crampes d'estomac.

1^{re} forme. *Gastralgie.* — Cette maladie est souvent confondue avec la gastrite, et cette erreur est grandement préjudiciable aux patients. La douleur, dans la gastralgie, est plutôt diminuée qu'augmentée par la pression de l'épigastre. Souvent elle se reproduit à des intervalles réguliers. La langue est blanche ; il n'y a pas de soif, et l'appétit est souvent plus vif que dans l'état sain. Il n'est pas rare de voir l'ingestion des aliments diminuer la douleur qui reparait deux ou trois heures après le repas. La constipation est ordinaire, les urines sont pâles, peu abondantes, et fréquemment excrétées. Cette maladie peut durer long-temps sans apporter de notables altérations dans la constitution de l'individu. Il est rare qu'il y ait quelque mouvement fébrile. On observe souvent de la dyspnée, des palpitations, des douleurs erratiques surtout dans les bras, les reins et les extrémités inférieures.

Dans le traitement de la gastralgie, le premier but que l'on doit se proposer, c'est de diminuer la sensibilité malade de l'estomac ; le second, c'est de rendre à la membrane muqueuse le ton qui lui manque. — Avant de remplir la première indication, il est important de constater si la douleur est purement névralgique, ou si elle tient à un état inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac, et l'on ne doit pas perdre de vue que l'atonie et l'irritation peuvent coexister ou alterner, et que par conséquent on doit, dans le traitement, se proposer un double but. Que s'il existe des symptômes de gastrite, on les combattra par un régime antiphlogistique sévère ; mais quand cette complication a été combattue, on procure alors au malade un grand soulagement par l'usage des narcotiques. Le docteur Dawson recommande de hautes doses de teinture d'opium : cent gouttes dans un peu d'eau froide ; mais M. Mac-Adam ne va jamais à une dose aussi élevée que dans des cas extrêmes. Il emploie aussi l'acide hydrocyanique à la dose d'une à quatre ou cinq gouttes dans de l'eau distillée ; dans un boeuf blanc ou

dans une infusion de quinquina. Il a obtenu également des succès par la teinture ou l'extrait de jusquiame, ou bien encore par cette teinture combinée avec l'eau distillée de laurier-cerise. — L'ammoniaque unie à la magnésie et à la jusquiame dans de l'eau de menthe coupent court bien souvent à un paroxysme.

Mais tous ces moyens, bons pour combattre la douleur, n'apportent qu'un soulagement momentané, et l'on ne peut espérer de guérison solide que par les moyens suivans, qui agissent en rendant à l'estomac et à tout le système le ton qui leur manque.

On commence par de légers amers, tels que l'infusion de colombo; après quoi on peut donner le sulfate de quinine ou le sulfate de fer; mais le médicament auquel on doit accorder la plus grande confiance, celui qui réussit non seulement dans cette forme de la gastrodynie, mais encore dans presque toutes les autres, c'est le sous-nitrate de bismuth. On commence ordinairement par trois, quatre ou cinq grains que l'on donne trois fois par jour. Il est quelquefois bon, et dans des cas particuliers, de l'associer à l'aloès, à la rhubarbe ou à la magnésie. M. Mac-Adam n'a jamais vu le sous-nitrate de bismuth produire le moindre accident, il amène du soulagement et souvent l'entière guérison de la maladie de l'estomac. Cependant le régime est important. On conseillera une nourriture animale légère prise souvent et en petite quantité, du vin vieux coupé aux repas; une habitation salubre, quelques voyages, etc., etc.

Il n'y a rien de spécial à dire sur la gastrodynie, qui n'est que le symptôme d'une gastrite ou de quelques ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac; la diète d'abord, et plus tard un régime tenu, suffisent ordinairement pour amener la guérison. — Mais quand elle dépend d'une surabondance de sécrétion muqueuse, ou de l'acrescence des sucs de l'estomac, les purgatifs légers seront conseillés avant tout, et les absorbans et les alcalis seront administrés pour modifier l'acidité de l'estomac: de faibles doses d'opium rendent encore d'assez grands services dans ces circonstances; mais seulement, à la fin du traitement. Quand la gastrodynie dépend de l'hystérie, c'est contre la maladie principale qu'il convient de diriger la médication, et l'estomac se calme en même temps que les autres organes. — Mais elle se montre souvent avec une disposition singulière à la production des gaz; les malades rendent par la bouche une énorme quantité de vents; dans ce cas M. Mac-Adam recommande une médication vantée par le docteur Abercrombie.

Prenez : Sulfate de fer, 2 grains;
Aloès en poudre, 1 grain;
Poudre aromatique, 5 grains.

Mélez, pour prendre en trois fois chaque jour.

Dans ce cas encore on se trouve bien de la poudre et de la teinture de rhubarbe unie à la magnésie et à quelques préparations aromatiques. — Le sous-nitrate de bismuth uni à la rhubarbe ou à l'aloès, soulage encore beaucoup de malades.

Que si la gastrodynie est produite par une convulsion de l'estomac ou du diaphragme, c'est aux stimulans diffusibles et aux narcotiques qu'il faut avoir recours. On donne d'abord 1 gros d'éther uni à 30, 40 ou 50 gouttes de teinture d'opium; ou bien encore à 1 gros de teinture de valériane sauvage. Il ne faut pas négliger les fomentations chaudes et les synapismes sur l'épigastre.

Enfin la gastrodynie pouvant reconnaître pour causes des maladies du duodénum, semblables à celles que nous avons signalées dans l'estomac, le traitement sera également modifié suivant les formes de l'affection duodénale. (*London med. and surg. Journal August. 1833.*)

TIC DOULOUREUX (NÉVRALGIE FACIALE), guéri par le datura stramonium; par le docteur FOTT.

Une jeune dame éprouvait depuis plusieurs années une névralgie faciale qui se terminait quelquefois par la tuméfaction de la joue ou de la lèvre du côté affecté. Un grand nombre de remèdes avaient été inutilement employés. — M. le docteur Fott la guérit dans l'espace de six semaines, par l'établissement d'un cautère et par l'usage interne de 8 à 15 gouttes de teinture de datura stramonium, administrées toutes les trois heures. (*Beitrag zur Arznei. B. 1, H. 2.*)

VOMISSEMENT CHRONIQUE; par le docteur FOTT.

Une femme pléthorique, et ayant l'apparence d'une belle santé, éprouvait depuis plus de 14 ans une gastralgie et une entéralgie, et, pendant cette longue période d'années, elle n'avait pas été un seul jour sans vomir. — Toutes les médications connues avaient été inutilement opposées à cette maladie; les anthelminthiques surtout avaient été administrés. M. Fott pensant que la maladie était nerveuse, qu'elle tenait à un rhumatisme fixé sur les organes digestifs, prescrivit l'eau hydrocyanique de Schrader, à la dose de 7 gouttes toutes les trois heures. La malade se sentit immédiatement soulagée, et elle put monter en voiture sans vomir, ce qui ne lui était pas encore arrivé depuis 14 ans. — 4 jours après, le vomissement reparut, dura encore pendant plusieurs jours, puis cessa subitement. — Il fut remplacé par l'œdème des jambes et des cuisses, qui céda à l'usage du calomel, uni au soufre doré d'antimoine, à l'opium, à la digitale, et aux frictions d'huile d'amandes douces et de jusquiame: — Le vomissement fut trois mois sans reparaitre; mais il fut provoqué de nouveau par l'usage immodéré du lait caillé, et par quelques chagrins. — M. Fott prescrivit alors la mixture suivante: teinture d'opium, demi-once; liqueur anodyne d'Hoffmann, 2 gros; infusion de camomille, 8 onces; en prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures. — Les vomissemens furent enfin totalement guéris par ce moyen. *Ibid.*

Ces deux derniers extraits sont traduits du *London med. and surg. Journal August. 1833.*

DE L'EMPLOI DU SUC DE L'ARTICHAUT COMMUN (CINARA SCOLYMUS) DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ET DE LA SCIATIQUE.

M. Copeman avait déjà préconisé le suc d'artichaut dans le traitement du rhumatisme; cette médication, presque entièrement oubliée, vient d'être de nouveau mise en usage par M. John-James Hallett, qui a publié un mémoire dont nous allons rapporter les principaux faits.

1^{re} Observation. RHUMATISME ARTICULAIRE. — Une femme, de soixante-quinze ans, d'une forte constitution, ressentit une vive douleur dans les deux poignets qui se tuméfièrent considérablement. Pas de fièvre; garde-robes régulières; langue nette; augmentation des douleurs pendant la nuit. On prescrivit la mixture suivante: suc d'artichaut, quatre gros; sirop simple, deux gros; eau commune, six onces. En prendre le quart toutes les huit heures. Le lendemain, la douleur et le gonflement sont moindres, la nuit a été meilleure; même prescription. — Le troisième jour, il n'y a plus de douleurs; les poignets sont à peine gonflés; on donne un purgatif et l'on continue le remède. Le lendemain, la malade a complètement recouvré l'usage de ses mains. Une légère rechute, qui survint trois semaines après, fut immédiatement guérie par le même moyen.

2^e Observation. SCIATIQUE. — Une femme, de cinquante-six ans, fut prise d'un lumbago qui se modifia un peu pour être remplacé par une vive douleur dans le trajet du nerf sciatique du côté gauche. Il n'y a pas de fièvre, toutes les fonctions sont régulières. — Six gros de suc d'artichaut. — Le lendemain, les reins et la cuisse ont cessé d'être douloureux; mais les épaules se sont prises, elles sont raides, quoique la malade n'y éprouve pas une grande douleur. — Même prescription. — Le troisième jour, amélioration notable, même raideur dans les épaules. — Constipation. — On prescrit une potion purgative. — Le cinquième jour, la guérison était complète; on persiste encore pendant un jour dans l'usage du suc d'artichaut.

3^e Observation. RHUMATISME. — Le mari de la femme qui fait le sujet de la précédente observation fut pris d'une douleur dans les reins et le genou gauches. — Six gros de suc d'artichaut. — Le lendemain, le rhumatisme a migré sur l'épaule droite. — Même traitement. — Le troisième jour, toute douleur disparaît pour ne plus se reproduire.

M. Hallett cite encore une autre observation semblable à la première, puis il passe à l'exposition de sa méthode de traitement.

Quand le rhumatisme est apyrétique, comme dans les cas rapportés ici, M. Hallet débute par le suc d'artichaut ; mais il recourt préalablement à la saignée quand la maladie s'accompagne de fièvre. Il déclare que ce remède, qui d'ailleurs est complètement inoffensif, et qui ne produit jamais de vomissement, quoi qu'en ait dit M. Copeman, lui a rendu de grands services alors que la plupart des médications ordinairement mises en usage avaient complètement échoué.

On prépare le suc de la manière suivante : on écrase, dans un mortier de marbre, les tiges et les feuilles vertes, puis on en exprime le suc par la pression. Pour le conserver, on ajoute une once d'alcool rectifié sur cinq onces de suc. *London, med. and Surg. Journal augus. 1833.*

DES MOYENS EMPLOYÉS POUR LA RESTAURATION DE LA VUE DANS DES CAS DE STAPHYLÔME ET D'OPACITÉ INCURABLE DE LA CORNÉE.

M. Nimmo a imprimé, dans le *Glasgow journal of medicine and Surgery*, un travail remarquable sur ce sujet. Il soumet à l'examen les différentes méthodes employées par les chirurgiens allemands. Trois opérations ont été proposées pour rendre la vue lors qu'il existe un staphylôme ou une opacité incurable de la cornée. — Dans le cas de staphylôme, on a proposé de détacher de la face postérieure de la cornée la portion de l'iris qui lui est adhérente ; lorsqu'il y a une opacité incurable de la cornée, on a conseillé de faire une pupille artificielle sur la sclérotique ; ou bien encore d'enlever la cornée opacifiée, et de lui substituer la cornée saine d'un animal. C'est surtout des travaux de M. le docteur Ammon de Dresde que M. Nimmo s'est occupé ; et nous indiquerons ici deux faits rapportés par le chirurgien allemand.

Le 18 septembre 1829, M. le docteur Ammon pratiqua sa première opération de pupille artificielle sur la sclérotique en présence du docteur Martini de Lubeck, de M. Dieffenbach de Berlin, et des docteurs Hedenus et Hille de Dresde. Le malade avait treize ans, il avait perdu la vue peu après sa naissance, à la suite de l'ophtalmie des nouveau-nés ; — du côté droit il existait un staphylôme, un leucôme sur l'œil gauche ; — il n'y avait pas même perception de la plus vive lumière. — C'est sur l'œil gauche que M. Ammon se décida à pratiquer une pupille artificielle aux dépens de la sclérotique. — La paupière supérieure fut maintenue, et l'œil fut fixé au moyen d'un petit crochet que l'on enfonça dans la conjonctive. — L'opérateur pratiqua ensuite, avec un couteau à cataracte, une incision sur la conjonctive près du bord temporal de la cornée ; — il disséqua de bas en haut la membrane muqueuse avec une paire de ciseaux courbes, et quand il eut formé un lambeau, il le saisit avec une pince et le donna à tenir à un aide. — L'hémorrhagie qui accompagna le premier temps de l'opération avait été promptement réprimée par des applications répétées d'eau froide ; — alors, prenant un autre couteau à lame très étroite, qu'il nomme sclérotome, il l'enfonça dans la sclérotique à la base du lambeau, incisa en dehors dans l'étendue de quatre ou cinq lignes, et prolongea l'incision en bas de manière à former un lambeau. — Le malade fit alors un violent effort, le crochet s'échappa, et le cristallin, ainsi qu'une grande quantité d'humeur vitrée, passèrent à travers la plaie ; le globe de l'œil s'affaissa. Néanmoins, M. Ammon coupa avec des ciseaux le lambeau de la sclérotique auquel était jointe une portion assez notable de la choroïde. — L'hémorrhagie, peu considérable, se prolongea pendant longtemps, et céda enfin aux applications froides faites dans le but de prévenir la réaction inflammatoire ; l'inflammation fut en effet prévenue. — Le lendemain de l'opération, l'œil était revenu à son volume naturel ; les bords de l'ouverture de la sclérotique étaient tournés un peu en dedans, et le lambeau de la conjonctive s'était relevé de manière qu'il ne recouvrait pas entièrement la plaie de la cornée opaque. — Le cinquième jour, les bords de la plaie commencèrent à suppurer, et l'ouverture, de quadrangulaire qu'elle était d'abord, devenait longue et étroite. Le malade reconnaissait bien qu'un corps s'interposait entre l'œil et la lumière, mais il ne distinguait pas les formes de ce corps. — Le lambeau de la conjonctive s'é-

tail entièrement relevé. Bref, la plaie diminua peu à peu, la cicatrice consista dans une membrane d'abord mince, et demi-transparente, qui prit bientôt de la blancheur et de l'opacité. — Le volume de l'œil fut un peu diminué, et le malade, en définitive, était, après un an, dans le même état qu'avant l'opération.

Une autre opération du même genre fut pratiquée par le même chirurgien chez un jeune homme de dix-neuf ans, chez lequel il était survenu un staphylôme conique à la cornée à la suite d'une ophtalmie mucoso-purulente qu'il avait éprouvée pendant son enfance. — La cicatrice sembla se faire aux dépens de la membrane de l'humeur vitrée qui fit hernie à travers la plaie. L'opération ne fut suivie d'aucun accident, mais le malade ne recouvra pas la vue ; seulement il put distinguer la lumière des ténèbres. — Une autre tentative du même genre fut faite sans plus de succès par le professeur Olmann de Marbourg.

Le docteur Wurtzer, professeur de chirurgie à Bonn, a proposé une modification fort ingénieuse qui lui a été suggérée par les procédés employés à la restauration du nez. — Il fait, comme M. Ammon, une ouverture à la sclérotique ; mais, au lieu de la laisser se cicatrifier avec elle-même, il dissèque avec soin une portion de la cornée qui n'est point opaque, s'il en existe, ne la laisse attachée que par un pédicule, lui fait subir un mouvement de tension, et la met en contact par ses bords avec ceux de l'ouverture artificielle de la sclérotique. — Reste à savoir maintenant si une pareille opération serait praticable sur le vivant, et si un lambeau de cornée, ainsi retourné, pourrait jamais s'unir à la sclérotique, et conserverait sa transparence dans le cas où cette réunion serait possible.

Enfin, il n'est guère possible de proposer sérieusement de remplacer la cornée opacifiée ou par la cornée saine d'un animal, ou bien encore par une lame de verre mince.

En définitive, les opérations dont nous venons de parler, toutes fondées sur des analogies plus ou moins ingénieuses, répugnent pourtant aux plus simples notions de physiologie, et nous avons lieu de nous étonner que des médecins, graves d'ailleurs, aient fait de pareilles tentatives sur des malades, alors que certainement ils n'étaient pas en droit d'espérer le moindre succès. *The medico-surgical Review july. 1833, p. 156.*

DESTRUCTION INCOMPLÈTE DU PÉNIS. RÉTENTION D'URINE.

William Mallett entra à l'hôpital Saint-George pour y être traité d'une rétention d'urine. A l'examen du malade, on s'aperçut que le gland tout entier et une portion considérable du pénis avaient été naguère détruits par la gangrène. Le tronçon qui restait n'avait qu'un pouce de longueur. — Le méat urinaire s'était de plus en plus rétréci par la négligence du malade ; et maintenant l'oblitération était presque complète, ce qui causait la rétention d'urine. M. Brodie le guérit rapidement par l'usage continué des bougies. *The London med. and Surg. journ. August. p. 28.*

CONSERVATION DU TROU DE BOTAL SANS CYANOSE.

Un enfant de sept ans, qui n'avait jamais éprouvé de symptômes de cyanose, présenta à l'autopsie, à l'endroit où se trouve le trou de Botal, un réseau de fibres à travers lequel le sang pouvait passer aisément et communiquer d'une oreillette dans l'autre. *The Lond. med. and Surg. journ. August. 1833, p. 61.*

INTRODUCTION D'UN CORPS ÉTRANGER DANS LA TRACHÉE-ARTÈRE. — BRONCHOTOMIE. — MORT.

Louis, dans les mémoires de chirurgie de l'Académie (tome XII), regarde avec raison l'opération de la trachéotomie comme indispensable dans les cas où un corps étranger s'est introduit dans la trachée ; mais il semble croire que l'extraction en est toujours facile, et que les suites ne peuvent avoir aucune gravité. Déjà Pelletan, dans sa Clinique chirurgicale (tome I), avait cité l'histoire d'un enfant dans la trachée duquel une fève de haricot s'était introduite : la bronchotomie fut pratiquée,

le haricot s'échappa avec violence par l'incision artificielle; mais, dix heures après l'opération, des convulsions parurent, et la mort en fut promptement la suite. M. John Sterling vient de pratiquer également la bronchotomie chez un jeune enfant chez lequel un petit caillou s'était introduit dans la trachée: le corps étranger ne put être extrait immédiatement, et s'échappa après vingt-quatre heures pendant des efforts de toux; cependant les accidens dyspnéiques ne cessèrent pas, et, malgré les saignées et les purgatifs, ce malade succomba huit jours après l'opération. *Glasgow journal; nos. I, and II, vol. I. New series.*

RÉTENTION DES RÈGLES ET PAR SUITE RÉTENTION D'URINÉ CAUSÉE PAR L'IMPERFORATION DE L'HYMEN.

La science possède des cas assez nombreux de rétention du flux menstruel causée par l'imperforation de l'hymen; mais il est assez rare de voir la distention du vagin poussée jusqu'au point de comprimer l'urètre, et d'empêcher l'excrétion de l'urine. — M. Coley, chirurgien à Bridgworth, raconte qu'il fut mandé pour une jeune fille de seize ans qui se trouvait dans ce cas; l'utérus avait un énorme volume et venait au niveau de l'ombilic.

Il sonda d'abord la malade, vida la vessie, et incisa ensuite la membrane hymen d'avant en arrière. Il s'écoula,

de l'incision, quatre livres de sang épais et poisseux. — Pour empêcher la plaie de se refermer, il en tint les lèvres écartées à l'aide d'éponge préparée, jusqu'à ce que la guérison eût été obtenue.

La rétention d'urine ne se reproduisit plus, et le flux menstruel s'établit régulièrement. *Provincial medical and Surgical Transactions, vol. I.*

PHARMACIE.

PROCÉDÉ FACILE POUR FAIRE L'ACIDE PRUSSIQUE, par M. RICHARD LAMING.

Prenez: Cyanure de potassium, vingt-deux grains.
Acide tartarique cristallisé, cinquante grains.
Eau distillée, six gros.
Alcool rectifié, six gros.

Dans une fiole capable de contenir onze ou douze gros de liquide, faites dissoudre l'acide tartarique dans l'eau et l'alcool préalablement mêlés et laissés en repos jusqu'à ce qu'ils soient entièrement refroidis. — Alors, ajoutez le cyanure de potassium et bouchez immédiatement le flacon. Après avoir agité le mélange de temps en temps pendant dix minutes, assujettissez le bouchon, et laissez de côté la fiole pour que le surtartrate de potasse puisse se précipiter. Quand la solution est claire, décantez et conservez pour l'usage. *The London med. and Surg. Journ. aug. 1833, p. 60. A. TROUSSEAU.*

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES FAITES SUR L'ACTION DE LA SALICINE DANS PLUSIEURS MALADIES; par le docteur Busch, de Bremen.

La salicine contenant, d'après les chimistes modernes, toutes les propriétés actives de l'écorce de saule, tant employée par les anciens médecins, c'est sur la salicine que le docteur Busch a dirigé toute son attention.

L'action tonique que la salicine exerce sur les muscles lui a paru plus remarquable que celle qu'elle a sur les artères, car il n'a pas vu, sous l'influence de cette substance, le pouls prendre de la force ou s'accélérer. Chez quelques individus, l'action sur le cerveau, sur les sens, et en particulier sur le sens de la vue, a été évidente. La puissance tonique de ce médicament s'est montrée active sur ses membranes muqueuses, et des sécrétions très abondantes ont été arrêtées. La salicine ne semble jouir d'aucune propriété diurétique ou diaphorétique.

Avant de parler de ses propres expériences, M. Busch rapporte celles de plusieurs praticiens allemands déjà consignées dans des recueils périodiques. Ainsi Buchner (1) s'est guéri lui-même d'une fièvre larvée avec la salicine. Il en prenait toutes les trois heures dix grains.

M. Merk, pharmacien de Darmstadt a écrit, en 1831, une notice sur les usages médicaux de la salicine que, d'après son mode particulier de préparation, il pouvait donner pour la moitié du prix du sulfate de quinine. Dans la même notice, le docteur Graff, parle de ses expériences sur la salicine, et regarde ce remède comme puissant contre les fièvres intermittentes même larvées, et contre les diarrhées même colliquatives.

Le docteur Linz pense qu. la salicine peut remplacer la sulfate de quinine dans la plupart des cas. Il l'a employée avec succès contre la fièvre tierce doublée tant chez les adultes que chez les enfans. Aux adultes il donnait de deux à quatre grains trois fois en vingt-quatre heures dans les jours apyrétiques, après avoir préliminairement administré un vomitif. Il administrait la même substance dans le cas de *faiblesse des organes digestifs*; et contre les *toux chroniques* à la suite des inflammations pulmonaires incomplètement guéries.

Le docteur Stegmayer, de Darmstadt, assure qu'il guérit les fièvres intermittentes avec des doses de un à deux grains de salicine mêlés à un 10^e de grain d'émétique administré toutes les deux ou trois heures aussi

sûrement qu'avec les mêmes doses de quinquina, et aussi bien les fièvres franches que les fièvres larvées. Il faisait encore usage de la salicine dans le *catarrhe pituitieux chronique*, dans la *phthisie pituiteuse*, dans la *diarrhée chronique colliquative*.

Le docteur Graff a consigné ses remarques sur la salicine dans le 7^e vol. des *Annales Cliniques de Heidelberg*. Il a expérimenté qu'il faut contre les fièvres intermittentes une dose de salicine trois ou quatre fois aussi forte que la dose de sulfate de quinine nécessaire pour produire un certain effet: l'expérience de M. Busch s'accorde avec ce résultat.

Une malade affectée de phthisie purulente et de diarrhée colliquative à laquelle M. Busch donnait depuis trois jours quatre grains de salicine toutes les quatre heures se plaignit d'un nuage sombre qui couvrait ses yeux et d'un grand vide dans la tête. On suspendit la salicine, ces symptômes se dissipèrent. Pendant l'administration du médicament la diarrhée avait cessé.

Quant aux *embarras digestifs*, la salicine a été utile lorsqu'il y avait, après le repas, de la tension, de la plénitude et du gonflement du ventre, et que, du reste, la langue était nette et souple.

Des *secrétions surabondantes de la membrane muqueuse des bronches*, ont paru sensiblement modifiées par l'usage de la salicine.

Dans un cas de coqueluche qui durait depuis six semaines et dont les accès devenaient de plus en plus violents et fréquens, la salicine, à la dose de deux grains toutes les trois heures, fit disparaître complètement la toux en six jours.

Dans les fièvres intermittentes, M. Busch donne de quatre à six grains toutes les trois heures. Les fièvres larvées demandent des doses un peu moins fortes.

Dans les embarras digestifs, il fait prendre quatre à cinq fois par jour d'un à deux grains de salicine associés à la canelle.

Pour les sécrétions muqueuses abondantes, il met de huit à dix grains de salicine dans huit onces de décoction de racine de polygala ou de lichen d'Islande, et en fait prendre une ou deux cuillerées toutes les deux heures. (*Hufeland's Journ. Aug. 1833.*)

UTILITÉ DE L'IODE POUR ARRÊTER LA SALIVATION.

Le docteur Knod a communiqué, il y a plus d'un an, au *Journal d'Hufeland* la découverte qu'il avait faite de la propriété que possède l'iode d'arrêter la salivation. M. Kluge a employé cette méthode avec le plus grand

(1) Repertor. für die Pharmacie Bd. 31. p. 433.

succès sur dix-sept malades à la Charité de Berlin. La douleur et le gonflement des glandes, et la salivation ont cessé au bout de quatre ou six jours de l'administration de l'iode, et même des ulcères syphilitiques n'ont pas tardé à guérir. La dose administrée a été de deux grains par jour, et a été peu à peu portée à quatre grains. La formule employée est la suivante :

Prenez : Iode, cinq grains.
Faites dissoudre dans
Esprit de vin deux gros.
Ajoutez
Eau de canelle deux onces et demie.
Sirop de sucre une demi-once.

Mêlez.

Donnez à prendre par jour d'abord quatre demi-cuillerées, et puis quatre cuillerées entières. Comme cette préparation se décompose un peu, on fera bien de lui préférer la teinture d'iode dans un véhicule mucilagineux.

(Hufel. Jour. Ap. 1833.)

PROMPTE GUÉRISON DES CONDYLOMES PAR LE THUYA D'OCCIDENT.

La découverte des propriétés thérapeutiques du thuya d'occident est due à Hahnemann qui l'administra à l'intérieur suivant la méthode homœopathique. Le docteur Léo de Varsovie a employé à l'extérieur seulement l'essence de thuya d'occident, et en a obtenu de merveilleux effets. Il applique sur les parties qu'il veut guérir plusieurs fois par jour de la charpie imbibée de cette liqueur : dans trois cas où les condylômes avaient toujours repullulé malgré l'emploi de toutes les médications externes, même de l'excision et de la cautérisation actuelle, il opéra par ce moyen la guérison la plus rapide et la plus parfaite. Les condylômes se flétrirent et tombèrent tout-à-fait en trois jours. Chez deux de ces malades les mercuriaux avaient été administrés vainement.

(Ibid.)

DE L'UTILITÉ DE L'IODE CONTRE LES ULCÈRES DE LA GORGE, par le docteur MARTINI, de LUBECK.

M. Martini savait qu'un médecin avait fait avec succès usage de l'iode contre un engorgement chronique de la prostate, qu'un autre praticien, d'après Girtanner qui donnait l'éponge brûlée pour des ulcères vénériens, avait guéri avec l'iode aussi des ulcérations probablement chancreuses de la gorge. — Au printemps de 1821, une femme de quarante ans qui portait dans la gorge depuis le mois de janvier un ulcère très suspect se présenta à l'auteur du mémoire que nous examinons : cette femme n'avait pas été autrement infectée. Convaincu qu'un grand nombre d'affections, légères à l'origine et regardées comme syphilitiques, dégénèrent en affections mercurielles, et que même les maladies dépendant de la syphilis se compliquent souvent des accidens du traitement par le mercure, et que l'iode utile dans un de ces cas pouvait l'être dans le cas analogue, M. Martini donna l'iode à sa malade et vit disparaître promptement des ulcères vifs, douloureux, profonds qui descendaient assez loin dans le pharynx ; au mois d'avril cette femme était parfaitement rétablie, et une leucorrhée qui la tourmentait depuis plusieurs années disparut sous l'influence de ce traitement pour ne plus paraître.

M. Martini cite plusieurs autres malades affectés d'ulcères vénériens de la gorge depuis plusieurs années, qui avaient été soumis à plusieurs traitemens sans succès et que l'iode, rien que l'iode, guérit très promptement de leurs ulcères et du commencement de cachexie qui ruinait leur constitution. Chez tous ces malades l'iode développa un appétit qu'on permit de satisfaire.

Aucun mauvais effet de l'iode ne fut observé, quoique quelques malades aient pris plusieurs onces de teinture.

(Hufeland's Journ. Ap. 1833.)

NYPHOTOMIE PRATIQUÉE AU MOYEN DE LA LIGATURE, par le docteur PRIEGER.

Chez une jeune fille de seize ans, les petites lèvres avaient pris chaque année, surtout depuis l'établissement de la menstruation, un développement considérable : elles dépassaient de 2 pouces le niveau des grandes

lèvres, étaient très épaisses et très riches en vaisseaux, ayant une tendance continuelle à la fluxion érysipélateuse, de sorte que la fille qui avait ce vice de conformation vaquait difficilement aux travaux domestiques, et était souvent obligée de se coucher. Les médecins qui avaient été appelés n'ayant eu l'idée de recourir à aucun moyen chirurgical, avaient été d'une inutilité complète. Le docteur Prieger appelé, songea à l'amputation de ces nymphes monstrueuses ; mais, le bistouri et les ciseaux effrayant la malade, il fit la ligature de chacune des masses charnues séparément avec un fil d'argent dont il serrait l'anse chaque jour un peu plus.

Une vive inflammation s'empara de la tumeur, la fièvre s'alluma, une grande difficulté d'uriner, l'insomnie, le délire survinrent ; ces symptômes cédèrent à un traitement antiphlogistique. Le 8 jour, la nymphe gauche se détacha ; le 10^e, la droite, et, peu de jours après, on ne vit plus qu'une belle et parfaite cicatrice.

Au moment où le docteur Prieger rapporte cette curieuse observation, la guérison s'est maintenue depuis treize mois. Ni la marche, ni la danse, ni l'approche des règles ne reproduisent de tumeur. Les petites lèvres, revenues à des dimensions normales, sont constamment cachées sous les grandes lèvres. (Rust's Magaz. 40^e vol. 2^e cah.)

GANGRÈNE SÉNILE, par le docteur REDER.

Un homme, âgé de quatre-vingt-deux ans, fut affecté de sphacèle à la jambe gauche à la suite d'un coup de pied de vache, et de la plaie qui en était résultée, et qui avait été négligée ; il se présenta, dans le mois de mars 1830, au docteur Reder, et s'en alla très-bien guéri au mois de juillet.

En mars 1831, M. Reder fut appelé près de cet homme qu'il trouva au lit avec de la fièvre, ayant, depuis quatorze jours, sous le gros orteil du pied droit, une tache ronde, noire, douloureuse, et rendant, au lieu de pus, une eau noirâtre. Après avoir reconnu la gangrène sénile, M. Reder prescrivit à l'intérieur une infusion de kina froide, préparée avec l'opium, et le soir, pour calmer les douleurs, quelques grains de poudre de Dower ; de bon vin vieux, des mets faciles à digérer et des bouillons nourrissans. — A l'extérieur, des fomentations de vin chaud, et des applications de poudre de quinquina rouge et d'onguent styrax.

La maladie continua sa marche, envahit successivement tous les orteils, excepté le petit ; et, à la fin d'avril, la gangrène commença à se séparer des parties saines. L'état de santé générale était excellent ; jusqu'en juin 1833, l'exfoliation se continua (à cette époque elle était achevée) ; les extrémités osseuses offraient de belles granulations, et le malade se portait à merveille. (Rust's Magaz. 40^e vol. 2^e cah.)

DES EFFETS ANTI-HÉMORRHAGIQUES DU LAIT DANS CERTAINES MÉTRORRHAGIES, par le docteur MOMBERT.

M. Mombert rappelle le cas de métrorrhagie mentionné en mars 1830, dans le journal d'Hufeland, par le docteur Leviser. La femme dont il s'agit, hystérique, ayant perdu ses règles, fut guérie en trois semaines, par l'usage du petit-lait, d'un écoulement métrorrhagique qui durait depuis long-temps, et contre lequel les antispasmodiques les plus vantés avaient échoué. M. Mombert passe ensuite à l'expérience qui lui est personnelle : Il rapporte l'histoire d'une femme dont la menstruation avait toujours été irrégulière, et qui, habituellement, sur quatorze jours, en avait à peine eu huit sans flux ménorrhagique. Cette malheureuse offrait tous les signes de faiblesse, d'irritabilité nerveuse, de cachexie qui suivent de telles hémorrhagies. Le sang coulait depuis plusieurs semaines lorsque M. Mombert arriva : il employa successivement, presque sans succès, la teinture de canelle, le quinquina, le vin de quinquina, l'opium, le ratanhia, l'eau d'amandes amères concentrée, la liqueur balsamique d'Hoffmann, l'extrait de noix vomique. Au bout de plus de deux mois de ces désespérans essais, M. Mombert prescrivit le lait coupé avec l'eau de Seltz. A peine huit jours de ce régime se furent-ils écoulés que

la malade se trouva notablement soulagée. Depuis ce moment, elle alla de mieux en mieux et se considère comme guérie, sauf la trop grande abondance des règles qui revient de temps à autre.

Le médecin allemand conclut de là qu'il y a des hémorrhagies utérines qui, quelque passives qu'elles puissent paraître, sont mal influencées par les antispasmodiques. Ces derniers médicamens étant en général des stimulans, il rappelle à ce sujet les hémorrhagies du poulmon auxquelles le lait convient si bien, et trouve naturel qu'il convienne aussi bien aux hémorrhagies de

l'utérus, puisque la sympathie de cet organe avec les organes contenus dans le bas-ventre est si directe, puisque la moindre irritation portée sur ceux-ci doit retentir sur celui-là. Or, on sait quel est, chez certaines femmes, l'irritabilité des voies digestives toujours mises en contact avec les médicamens que l'on veut introduire dans l'économie. — M. Mombert engage donc les praticiens à éprouver par de nouveaux essais une médication qui, en tout cas, ne peut nuire, et qui, à ses yeux et à ceux du docteur Levisseur, a obtenu de si beaux succès. (*Siebold's journal*: 13^e vol. 1^{er} cah.) **H. GOURAUD.**

REVUE DES JOURNAUX ITALIENS.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

SUR LA PELLAGRE.

Il y a quelques années, le gouvernement autrichien soumit certaines questions aux professeurs de l'université de Pavie, sur la maladie endémique d'Italie qui fixait dernièrement l'attention médicale, et eut soin de demander une réponse à chacun individuellement. Les docteurs Helven, Aude et Chiappa furent choisis pour faire le rapport. Nous nous entiendrons, quant à présent, au sujet de la première question : quels sont les meilleurs moyens d'extirper la maladie ; ou n'est-il pas possible d'en arrêter au moins les progrès ? La série des propositions suivantes fut donnée pour réponse.

1^o Instituer des commissions médicales, ou des inspections dans les différens départemens du royaume de Lombardie.

2^o Les inspecteurs visiteront à époques fixes chaque maison qui se trouve dans leur district, et rapporteront aux contrôleurs comment chaque nouveau cas est arrivé. Les temps les plus propres pour ces visites sont les mois d'avril et de septembre, alors que cette maladie commence, ou du moins est plus grave. En effet, le printemps l'amène et l'automne la voit disparaître.

3^o Des hôpitaux commodes ou des maisons de santé seront désignés pour recevoir les cas de pellagre aussitôt qu'ils sont reconnus. Cet avis est donné non pas par crainte de contagion, mais pour que les malades qui sont toujours pauvres et malheureux aient en abondance une nourriture saine, et qu'ils ne soient pas exposés au soleil brûlant de l'été. On remarque que cette maladie attaque rarement dans les villes les basses classes d'ouvriers et d'artisans, quoique leur nourriture soit limitée et de mauvaise qualité, on attribue cela à ce que leur travail n'est pas si fatigant, et à ce qu'ils travaillent au dedans de leurs maisons. De plus, quand ils sont malades, les hôpitaux leur sont ouverts. Les pauvres paysans n'ont aucune de ces commodités. Ils travaillent comme des bêtes de charge, sont plus mal nourris qu'elles, et même quand ils sont malades aucun soulagement ne leur est donné. Aussi quand ils deviennent pellagres, ils ne guérissent point ; à moins qu'on ne les transporte à quelque hôpital de ville.

4^o Une notice simple et judicieuse, apprenant comment on contracte cette maladie, et la manière de la traiter aux premières atteintes, doit être répandue librement parmi le peuple.

5^o On doit établir des bains publics, et le peuple doit y être admis dès que le plus léger symptôme de pellagre paraît.

6^o Le mariage doit être défendu aux pellagres : malheureusement pour cette disposition, le mal n'attaque pas les jeunes gens avant 30 ans.

7^o Il serait bien que le gouvernement établît des boulangeries pour suppléer à ce qui manque aux paysans.

8^o La culture du blé, de l'orge et du seigle doit être encouragée de préférence à celle du maïs ou blé indien dont les pauvres font tant d'usage en Italie. Le pain de maïs est indigeste et beaucoup moins nourrissant que celui des autres grains.

9^o On recommande aussi la culture du vin.

10^o L'éducation morale et religieuse du peuple doit être commencée de bonne heure et suivie avec zèle.

Les conditions domestiques de salubrité peuvent être

améliorées. L'agriculture et quelques manufactures sont susceptibles de changemens avantageux ; les huttes sales et humides des gens de campagne peuvent être changées en demeures propres et commodes ; leurs vêtemens peuvent être meilleurs et leurs alimens plus nourrissans. Le docteur Chiappa affirme que cette maladie dépend moins qu'on ne le croit de l'insalubrité locale, il n'y a pas de doute que cette circonstance ne l'accroisse, mais il ne la donne que pour une influence secondaire. On doit en rechercher les causes dans la nourriture malsaine et insuffisante, et dans les travaux pénibles à l'ardeur du soleil. Que les riches deviennent humains et généreux, et nous verrons beaucoup moins de pellagres. Au printemps, l'ouvrage des champs ne doit pas être excessif, surtout pendant la chaleur étouffante du midi ; on doit choisir les heures du matin et du soir. Si nous nous attachons minutieusement aux symptômes de cette maladie, nous trouvons que la peau est d'abord atteinte, ensuite les membranes muqueuses spécialement, la bouche, le gosier, l'œsophage, l'estomac, le conduit intestinal, enfin tout le système nerveux. (*Ann. univ.*)

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE PÉTÉCHIALE.

Les symptômes et les progrès de cette fièvre qui s'est montrée dernièrement à Milan, se rapportent assez à ceux des fièvres pétéchiâles qui ont été observées dans plusieurs localités. Nous ne voulons donc que donner ici le traitement du docteur Beccaria, qui eut tellement de succès qu'il ne perdit que six sur cent de ses malades. Nous n'avons pas besoin de rappeler à nos lecteurs que le climat et d'autres causes encore peuvent avoir beaucoup d'influence sur le caractère de la maladie aussi bien que sur la constitution du malade.

Le docteur Beccaria nous dit que dans très peu de cas les déplétions sanguines furent nécessaires, que les forces des malades étaient insuffisantes, et qu'il s'en suivait un épuisement fatal ; ce n'est que quand la pneumonie et les complications entériques se montraient qu'on recourait à la saignée. On a fait cette opération jusqu'à trois fois sans que l'inflammation se soit éteinte. Le sang qui en sortait était noir et ditluent. Les sangsues aux tempes, le froid à la tête et les vésicatoires camphrés furent très efficaces pour combattre les symptômes cérébraux. Le bain général dans l'eau et le vinaigre soulagèrent beaucoup les malades ; des purgatifs forts, tels que le jalap et le calomel, suivis de plus doux comme le séné, la rhubarbe, etc., furent tout-à-fait indispensables ; en même temps de petites doses de tartre d'antimoine, de tartre, données en plusieurs fois procurèrent une bonne diaphorèse. Quelques médecins ont cru que le calomel à forte dose avait une action spécifique dans cette maladie ; mais le docteur Beccaria aime mieux suivre la conduite plus douce et plus sûre que nous venons de rapporter. Quand il y avait complication inflammatoire, il donnait beaucoup de boissons rafraichissantes, d'huile de ricin, de manne, de tamarins, d'ipécacuanha, de digitale et de kermès minéral ; si, au contraire, il y avait grande depression des forces vitales, froid aux membres et langueur nerveuse, un mélange de camphre avec quelques gouttes de laudanum, de teinture d'assa-fetida, était le remède le plus efficace ; quelquefois aussi le quinquina a produit d'excellens effets. Quand les symptômes putrides paraissent, une décoction d'écorce du Pérou acidulée,

était donnée largement ; la surface du corps était époncée fréquemment avec de l'eau vinaigrée. Il est inutile d'a-

jouter qu'il voulait que la chambre du malade fût tranquille, fraîche et aérée. J. LEBEAUDY.

III.— MÉLANGES.

CHOLÉRA-MORBUS DE PARIS.

La récrudescence cholérique dont nous avons parlé dans le post-scriptum de notre dernier numéro, a pris peu de développement. La maladie a été caractérisée par les mêmes symptômes qu'en 1832 ; seulement le nombre des malades immédiatement atteints a été relativement beaucoup moindre : quelques-uns néanmoins ont offert tous les phénomènes des choléras algides les plus prononcés de l'an dernier.

Les personnes qui ont été affectées de l'épidémie de 1832, ont pressenti à quelques douleurs d'entrailles, à un peu de diarrhée, et à un état nerveux singulier les moments les plus vifs de la récrudescence : mais ces ressentimens cholériques ne se sont point universellement répandus comme la première fois. La réaction, après la période froide, a été généralement moins vive et moins fâcheuse, peut-être parce que les malades ont été moins tourmentés cette fois pour réagir.

La conduite des praticiens n'a offert rien d'assez nouveau pour que nous y insistions ici.

21 octobre. — Le chiffre général des hospices et hôpitaux civils était, le 20 à minuit :

Entrés, 186 hom.,	142 fem. ;	tot., 328.
Décédés, 72	73	145.
Sortis, 75	41	116.
Restans, 39	28	67.

On voit par ces chiffres que la mortalité relative a été bien plus considérable chez les femmes que chez les hommes ; car sur 186 hommes, il n'y a eu que 72 décès ; il y en a eu 73 sur 142 femmes. C'est pour les hommes, seulement 38 sur 100 ; pour les femmes, 51 sur 100.

Hôtel-Dieu.

Voici le mouvement de cet hôpital :

Chiffre général, le 20 à minuit.

Entrés, 105 hom.,	80 fem.,	tot., 185.
Sortis, 41	25	66.
Décès, 42	34	76.
Restans, 22	21	43.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA AU BENGALÉ.

Lorsque le choléra commença à sévir dans les pays qui nous environnent, préjugant bien qu'il ne respecterait pas notre France, je consultai tous les traités qui avaient été écrits sur cette maladie, tant par les médecins étrangers, que par ceux que nous avions envoyés dans les pays alors atteints par l'épidémie.

J'interrogeai beaucoup de mes confrères, en un mot, je désirais n'être pas pris au dépourvu lorsque cette maladie arriverait à Paris. Je consultai entre autres mon honorable ami, M. Breschet, convaincu que j'étais, qu'il n'y avait pas un opuscule écrit sur cette maladie qu'il ne connût. Il me donna son avis, il voulut bien avoir le mien ; je lui répondis, que d'après tout ce que j'avais lu et entendu, il me semblait que le

choléra n'était que l'exaspération extrême des coliques vives et instantanées si communes dans notre pays.

Le choléra arriva à Paris, mon plus vieil ami fut une des premières victimes. Un médecin très connu m'aida de ses conseils ; en présence de la maladie, tous mes calculs s'arrêtèrent. Je n'osai point donner à haute dose des stupéfians à un homme dont les forces vitales étaient anéanties, et qui au bout de deux heures d'invasion de la maladie, avait déjà le froid de la mort.

Un traitement rationnel, et que depuis nous avons vu réussir dans d'autres cas, fut appliqué, et mon ami succomba.

Les jours suivans, je fus appelé près d'autres cholériques ; l'insuccès du premier moyen me fit recourir au laudanum que j'administrai à haute dose. La réussite me fit espérer que ma première pensée médicale sur cette maladie était bonne ; mais bientôt des revers dans la continuation de ce moyen, me le firent abandonner, et je dirai seulement que, comme tous les médecins consciencieux, pendant toute la durée de l'épidémie, j'ai changé de traitement chaque fois que celui que j'appliquais me paraissait insuffisant, et que j'en entendais préconiser un nouveau par un médecin digne de confiance.

Je n'ai pas guéri plus de malades que mes confrères, j'espère que je n'ai pas eu plus de revers qu'eux, et j'ai vu beaucoup de cholériques.

L'épidémie était finie à Paris, lorsque M. de Mars y arriva, j'avais eu autrefois avec lui des rapports comme médecin et comme ami ; et depuis il avait habité pendant seize ans le Bengale, berceau du choléra, et où il règne endémiquement. M. de Mars est un homme d'instruction et d'esprit, je m'empressai de lui adresser des questions sur le choléra, il voulut bien me répondre ; et ses premiers mots qui doivent servir d'épigraphe au traitement :

Dans le choléra, boire est mortel.

Avant de me dire la manière dont on traite les cholériques sur les bords du Gange, il me raconta l'anecdote suivante, qui prouve que le choléra a au moins autant d'intensité au Bengale que dans nos climats où cette épidémie ne fait que de naître.

Un Bengali dont l'unique occupation consistait à veiller chaque nuit autour de sa factorerie, vint un soir lui dire qu'il se trouvait incommodé, et qu'il le pria de le faire remplacer. Le lendemain matin un malheureux enfant vint annoncer à M. de Mars, que non seulement son père, mais que toute sa famille, composée de quatorze personnes, avait succombé pendant la nuit au choléra, lui seul vivait. Aucun traitement n'avait été appliqué.

En opposition à cette mortalité, M. de Mars me dit qu'il sauvait presque tous les malades qui venaient au début du mal se faire traiter dans les habitations.

Les symptômes du choléra qu'il observait sont

au début : vomissement de matières bilieuses, et seulement bilieuses, lors même que le malade aurait mangé quelques momens auparavant ; ou bien diarrhée amenant au moins vingt garde-robes dans la première heure ; anéantissement complet des forces, refroidissement glacial des extrémités, soif ardente, et surtout découragement absolu. La peau que l'on pince, conserve les plis qu'on lui imprime, les yeux s'enfoncent dans les orbites, l'amaigrissement arrive dans quelques heures ; et à travers la teinte plus ou moins noire des Bengalis, on voit se prononcer une lividité qui n'appartient qu'à cette maladie.

Il n'est pas rare de voir des malades succomber en deux heures ; très souvent la maladie se prolonge deux ou trois jours. M. de Mars a vu à Manille des individus tomber au milieu du chemin comme s'ils étaient frappés d'apoplexie. Il en mourait cinq ou six cents par jour.

Aussitôt qu'un Bengali réclamait les soins de M. de Mars, il lui donnait une pilule d'un grain d'opium. Cette dose suffisait quelquefois pour arrêter le mal. Quand les accidens persistaient, il redonnait une pilule d'un grain après chaque vomissement, ou après plusieurs garde-robes, de manière que dans le premier cas, il administrait jusqu'à vingt grains d'opium dans l'espace de douze heures, et une pareille dose en vingt-quatre heures lorsqu'il s'agissait de combattre le dévoiement.

Pour tromper la soif, il appliquait sur les lèvres du malade un linge imbibé du liquide suivant :

Dans une bouteille d'eau sucrée, il mettait deux onces d'eau-de-vie de France, quatre-vingts gouttes de laudanum ; quatre-vingts gouttes d'éther sulfurique et deux onces d'eau de fleurs d'orange.

Ce traitement était administré aux Bengalis qui n'étaient point accoutumés à l'opium ; pour ceux qui y étaient habitués, et que l'on désigne sous le nom de Poustiwoila, les doses étaient plus fortes. Dans le plus grand nombre de cas, quelques heures décidaient de la vie du malade ; mais on ne voyait jamais guérir ceux qui obéissaient à leur soif. Ce traitement a été appliqué avec succès à sa propre fille qui a pris vingt grains d'opium dans l'espace de trente heures pour un choléra dont le principal symptôme était la diarrhée et cent garde-robes dans les premières heures.

Immédiatement après la cessation des premiers accidens, c'est-à-dire au bout d'une heure, les malades mangeaient du riz à l'eau.

L'opium dont on se sert est celui qu'on appelle l'opium de Patna. La récolte s'en fait de la manière suivante :

Le soir, on incise la capsule du pavot dans toute sa longueur, il en sort, pendant la nuit, une matière blanchâtre, laiteuse, que l'on récolte le lendemain matin au moyen d'une coquille. On laisse évaporer cette substance au soleil, elle devient noire et solide. Cet opium dont je possède une assez grande quantité, me paraît plus pur que celui du commerce, en ce qu'il contient beaucoup moins de substances étrangères.

Paris, 30 septembre 1830.

AL. LEBRETON.

PROPOSITIONS SUR L'ANGINE COUENNEUSE OU MALIGNNE,

D'après les observations faites pendant l'épidémie de 1827, à Orléans.

1° L'angine couenneuse me paraît évidemment épidémique et contagieuse (1).

2° Elle atteint toutes les classes de la société, mais plus particulièrement la classe indigente dont les habitations sont peu aérées, mal saines, et qui souffre alors des privations de toute espèce.

3° Elle se montre dans toutes les localités, mais principalement dans les lieux bas, humides et malsains ; à la campagne, dans les endroits marécageux ; en ville, dans les quartiers qui avoisinent les rivières, et où une nombreuse population est entassée, resserrée dans des rues étroites, humides et élevées.

4° Elle peut attaquer tous les âges, mais elle sévit particulièrement contre les enfans, quelquefois contre les adultes, très-rarement contre les vieillards.

5° Elle se développe ordinairement pendant les épidémies d'angines simples (pharyngites et amygdalites purement inflammatoires).

6° Elle débute presque toujours par une angine tonsilliaire ou pharyngienne qui gagne secondairement dans les voies aériennes. Dans un petit nombre de cas très-rares, la maladie commence dans les voies aériennes par une angine laryngée qui se propage ensuite dans le pharynx et jusque sur les amygdales. Plusieurs de mes confrères m'ont assuré avoir observé cette variété, mais je ne l'ai jamais rencontrée.

7° Abandonnée à elle-même ou combattue

(1) On peut juger si je puis adopter une autre opinion que celle de la contagion, d'après ce qui s'est passé sous mes yeux. Au mois d'avril 1827, je donnais des soins, conjointement avec mon confrère, M. le docteur Duvernoy, aux enfans du sieur Morize, marchand de farine à Orléans, faubourg Saint-Vincent, n° 26. Dans l'espace de trois semaines, un petit garçon de six à sept ans, une petite fille de neuf ans, et une autre petite fille de cinq ans, périrent dans cette maison de l'angine couenneuse. A cette même époque, la maladie ne régnait point dans l'intérieur de la ville, et à peine en voyait-on quelques cas dans les quartiers malsains qui bordent la Loire. Le sieur Morize a un beau-frère nommé Maillet, également marchand de farine, et qui demeurait alors rue d'Illiers, n° 80, dans la partie la plus élevée de la ville, et dans un quartier très-sain, très-aéré, où le mal de gorge n'avait point encore paru. Pendant tout le temps de la maladie des enfans Morize, les sieur et dame Maillet allaient et venaient sans cesse de chez eux au faubourg Saint-Vincent, et du faubourg Saint-Vincent chez eux ; tantôt seuls, tantôt accompagnés de quelques-uns de leurs enfans. Ils en avaient quatre ; tous les quatre contractèrent la maladie à des degrés plus ou moins intenses, et le plus jeune, à peine âgé d'un an, succomba en huit jours à cette affreuse maladie. La maison du sieur Maillet fut la seule atteinte dans le quartier.

Un autre fait, moins concluant peut-être, mais qui mérite pourtant d'être cité, a eu lieu dans la clientèle de notre confrère M. le docteur Latour aîné, qui me l'a rapporté : Chez M. C***, riche propriétaire de notre ville, neuf individus furent atteints successivement de l'angine couenneuse. La maladie se déclara d'abord chez l'un des enfans, et bientôt M. C*** lui-même, tous ses enfans et tous ses domestiques en furent atteints. Ce fait prouve sans réplique que l'angine maligne est épidémique ; et le fait précédent prouve, ce me semble, d'une manière péremptoire qu'elle est contagieuse.

par un traitement trop tardif, l'angine couenneuse ou maligne entraîne presque constamment la mort, et les malades périssent de la mort du croup, c'est-à-dire asphyxiés.

8° Dans certains cas, et surtout chez les sujets pléthoriques et sanguins, la maladie conserve pendant tout son cours, et quoiqu'elle doive se terminer par la mort, toutes les apparences d'une phlegmasie intense. Dans d'autres, au contraire, elle présente, soit dès le début, soit à une époque quelconque de son cours, tous les symptômes de l'état adynamique le plus prononcé, des faiblesses, des syncopes, la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, etc., etc.

9° Cette complication d'adynamie coïncide presque toujours avec un gonflement peu marqué des amygdales qui paraissent alors ulcérées, sillonnées, et présentent, au lieu de la rougeur inflammatoire, tantôt une couleur grisâtre, tantôt une véritable couleur lie de vin. Je ne l'ai jamais vue survenir lorsque ces organes étaient le siège d'une inflammation bien intense.

10° A l'ouverture des cadavres, et nous n'avons eu que trop d'occasions d'en faire, on trouve une couche de fausses membranes plus ou moins épaisses, non seulement dans le larynx et la trachée altère, mais encore dans les bronches; et j'ai poursuivi plusieurs fois les membranes tubulées jusque dans les dernières ramifications de ces organes. Cette circonstance doit rendre infructueuse dans bien des cas l'opération de la trachéotomie, qui n'en demeure pas cependant moins bien indiquée; et pour laquelle nous avons constamment éprouvé de la part des parens une résistance opiniâtre.

11° L'angine couenneuse, et surtout la variété adynamique, s'accompagne quelquefois, ainsi que l'a très-bien observé M. Bretonneau, d'ulcérations ou d'exsudations de même nature aux parties génitales, derrière les oreilles, ou sur différens autres points de la peau ou des membranes muqueuses.

12° Le traitement qui m'a le mieux réussi, ou pour parler plus exactement, qui m'a le seul réussi dans l'angine maligne, consiste dans l'application des sangsues, la cautérisation avec l'acide hydrochlorique pur ou l'alun (1), les boissons délayantes et adoucissantes, les vomitifs, comme le sirop d'ipécacuanha, et au besoin le tartre stibié chez les enfans un peu forts et les adultes, pour l'angine maligne inflammatoire; et dans la cautérisation, des boissons excitantes, des vomitifs moins actifs, les cordiaux les plus énergiques, le quinquina à haute dose, le vin de Bordeaux, pour l'espèce adynamique que je proposerai d'appeler *angine maligne adynamique*, ou si l'on aime mieux, comme M. Guersent, *angine maligne asthénique*, par opposition à l'angine *inflammatoire* ou *sthénique* (2).

(1) Dans un cas où l'acide hydrochlorique m'avait manqué de parole, j'ai employé avec avantage l'acide sulfurique également pur. L'inflammation spécifique fut promptement remplacée par une inflammation vive et franche qui fut bientôt suivie de la guérison.

(2) Plusieurs de mes confrères, et particulièrement MM. Jallon, Lanois, père et fils, et Latour aîné, ont

13° Les sangsues ne m'ont jamais semblé utiles que lorsqu'elles sont appliquées de bonne heure, et chez les sujets pléthoriques, dans l'espèce inflammatoire. Il est évident qu'elles ne peuvent qu'aggraver le mal dans l'espèce adynamique.

14° J'ai souvent employé les vésicatoires à la partie antérieure du cou; mais je ne saurais dire encore jusqu'à quel point ils peuvent contribuer à la guérison, et j'ai besoin d'observations ultérieures à cet égard. Toutefois ce moyen, comme puissant dérivatif, me paraît fort rationnel.

LEPAGE D. M.

CORPS ÉTRANGER ARRÊTÉ DANS L'ŒSOPHAGE.

Deux enfans, l'un de cinq ans, l'autre de quatre, jouaient ensemble chez leur père, marchand de vin, avec un petit ménage; tout à coup l'aîné jette un cri aigu, tandis que son frère tombe à la renverse sans parole. La mère accourt, s'informe et apprend que l'aîné, voyant son frère mettre de petites assiettes dans sa bouche, avait voulu lui en faire avaler une, et pour cela, la lui avait enfoncée avec le doigt dans la gorge. C'est dans ce moment que le cadet était tombé.

La mère effrayée conduit son enfant chez M. Lecanu qui, d'après ce qu'on rapporte, administre un grain de tartre stibié dans deux cuillerées d'eau gommée; mais il reconnut bientôt que le corps étranger était placé en travers, et bouchait absolument le conduit œsophagien, puisque l'eau ne put descendre dans l'estomac: on m'envoya chercher.

En arrivant, je vis le petit malade assis sur les genoux de sa mère, la tête penchée en arrière, la face rouge, l'œil saillant et fixe, les jugulaires très prononcées, les carotides battant avec beaucoup de force, la bouche pleine de salive écumeuse mêlée de sang, les membres supérieurs raides, les inférieurs fléchis et le ventre tendu.

Après avoir pris connaissance de l'accident, je procédai de la manière suivante à l'extraction du corps étranger.

J'essayai d'abord, mais vainement, de provoquer des vomissemens avec une plume promenée dans l'arrière-bouche. J'introduisis donc les doigts indicateur et médium, et, les écartant, je fis glisser une soude de gomme élastique dans l'œsophage; j'arrivai assez facilement au corps étranger; la sonde était entrée au moins de quatre pouces, je lui imprimai un léger mouvement; le liquide qui était dans la bouche s'écoula; et, pendant que je m'efforçais à retourner le bec de ma sonde, l'enfant fit un effort, qui fut suivi d'un vomissement: retirant alors ma sonde, je trouvai l'assiette dans sa bouche, elle était de la grandeur d'une pièce de 24 sou.

Le malade prit une potion calmante quelques instans après: l'accident n'eut pas d'autre suite.

YVAN, fils, chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Prix proposés — La Société de médecine de Lyon décernera dans le mois de janvier 1833: 1° Une médaille d'or de la valeur de 300 francs à l'auteur du meilleur

été conduits aux mêmes raisonnemens que moi par l'observation des mêmes faits, et m'ont assuré avoir retiré les plus grands avantages de l'emploi des toniques dans certains cas d'angine maligne adynamique.

mémoire sur la question suivante : *Du cancer utérin ; faire connaître toutes ses causes ; indiquer exactement son diagnostic, et l'éclairer autant que possible par des autopsies cadavériques ; décrire le traitement curatif de cette maladie.*

2° Une seconde médaille d'or également du prix de 300 francs sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question : *Examen général de la constitution atmosphérique de la ville de Lyon et de ses faubourgs ; établir les différences suivant les diverses sections de cette localité ; indiquer exactement son influence sur la santé publique et les modifications qu'elle imprime aux maladies ; exposer les moyens préservatifs à employer contre son action pernicieuse.*

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés francs de port, et suivant les usages académiques,

avant le 1^{er} novembre 1834, à M. le docteur Rougier, secrétaire général de la Société, place de la Préfecture, à Lyon.

— La Société médico-botanique de Londres a indiqué pour sujets de prix à décerner en 1835 les questions suivantes :

1° Quelle est la substance végétale qui pourrait être employée avec succès pour remplacer le mercure dans le traitement de la maladie syphilitique ?

Le prix sera une médaille d'or.

2° Faire connaître les propriétés médicales d'une plante indigène quelconque, encore peu connue, ou indiquer les applications nouvelles à faire de quelque plante indigène.

Le prix sera une médaille d'argent.

ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

RÉGION SUPERFICIELLE DU PLI DU BRAS.

Bras droit, homme de vingt-six ans, taille et force moyennes.

Il nous a semblé qu'il n'y avait pas moins de trois planches à donner sur le pli du bras, quelque réservé qu'on doive être sur leur nombre et leur multiplication. La première sera celle que nous donnons aujourd'hui et qui représente le bras d'un homme vivant, serré d'une bande, et disposé comme pour la saignée ; la deuxième laissera voir les choses qui se trouvent entre la peau et l'enveloppe aponévrotique du bras ; la troisième donnera les nerfs et les vaisseaux profonds, dont la position précise inquiète si fort le chirurgien.

La disposition des veines du bras indiquée par les auteurs comme étant la disposition typique et régulière, est difficile à trouver, même sur des sujets athlétiques et dont les occupations consistent surtout à exercer les membres supérieurs. Nous l'avons cherchée en vain sur des forts de la halle, sur des boulangers, des imprimeurs, etc., et nous l'avons rencontrée sur un jeune médecin qui, par amour de la science et dans la vue d'être utile, a bien voulu garder pendant de longues et nombreuses séances une pose douloureuse et fatigante.

Indication des parties. — A, saillie deltoïdienne ; A', A', saillie du triceps ; A'', bord inférieur ou interne du bras ; B, veine basilique du bras, ou grande basilique ; C, v. céphalique du bras, ou grande céphalique ; D, bord supérieur ou externe du bras ; E, l'épitrôchlée ; l'épicoudyle se trouverait en F, d'où l'on peut conclure la situation et la direction du pli du bras ; G, G, G, le bord externe ou radial de l'avant-bras ; H, H, bord interne ou cubital de l'avant-bras ; I, saillie bicapitale du bras ; K, saillie musculieuse externe ou radiale de l'avant-bras ; L L, saillie musculieuse interne ou cubitale de l'av. bras. — M, M, bande de drap rouge servant de ligature ; N, son nœud ; O, O, O, O, sa rosette ; P, P, ses deux chefs ; c, c, veine céphalique de l'avant-bras ; mc, mc, veine médiane de l'avant-bras, ou médiane commune ; cm, v. céphalique médiane ; bm, v. basilique médiane ; b, b, b, b, b, b, veines de l'avant-bras allant à la basilique ou veines basiliques de l'av.-bras ; e, p, cubitale postérieure allant aussi à la basilique ; a, a, a, anastomoses veineuses ; i, veinule innommée.

On ne saigne au bras que les veines, et la saignée des veines du bras est une des opérations les plus communes et les plus délicates de la chirurgie. Les services qu'elle peut rendre, les accidents et les dangers qui l'entourent, donneront toujours à cette opération et même à chacun de ses détails, un grand degré d'importance.

Nous ne dirons rien des indications de la saignée, si ce n'est qu'il est évident pour tous les observateurs judicieux et honnêtes, qu'on en a abusé dans ces derniers temps ainsi que des autres émissions sanguines. Le sang est la vie. On ne verse pas impunément une partie du sang d'un homme ou d'un animal. Jamais nous ne perdrons la mémoire des accidents survenus dans un des grands hôpitaux de Paris, à des malheureux que l'on saignait *par précaution* et pour les disposer à une grande opération ; ni celle des symptômes effrayants venus toujours à la suite de saignées prescrites, parce que dans une chute légère le malade *pouvait s'être secoué* la masse encéphalique.

Il est admis à présent par les praticiens les plus distingués que dans ces maladies si graves appelées éruptions ou exanthèmes intestinaux, la saignée au début ou dans le cours du mal, est toujours dangereuse. Nous ne pouvons songer sans une extrême douleur, que le mépris ou l'ignorance de ce précepte, nous causera toujours des regrets infinis et tout-à-fait irréparables.

La vue de la planche, le souvenir de ce que l'on a fait ou vu faire tant de fois, nous permettront de négliger plusieurs choses de détail que sans cela nous aurions dû dire tout au long. Nous serons d'ailleurs obligés de revenir sur la saignée et c'est alors que nous parlerons de ses plus redoutables accidents. Cependant l'appareil nécessaire à l'opération, le choix des veines et de l'instrument ; les précautions, les difficultés, les petits accidents de la saignée doivent ici être indiqués.

Le meilleur instrument pour pratiquer la saignée est la lancette, et la meilleure des lancettes est la lancette simple. Celles qui sont compliquées de quelque ressort ne peuvent être guidées, maniées au gré de l'opérateur, ni accommodées aux circonstances. La disposition respective des bords qui terminent la lancette engendre les différentes formes de l'instrument. Si la pointe ou l'angle formé par la réunion des bords est ouvert, la lancette est à *grain d'orge*, s'il est plus

ferme, elle est dite à *grain d'avoine*; si le fer en est long et très aigu, c'est une lancette à *pyramide*. Une lancette dont toutes les dimensions sont accrues prend le nom de *lancette à abcès*.

Tout le monde sait de quoi se compose l'appareil de la saignée : une bande, un vase de grandeur connue, quelques linges, de l'eau tiède, voilà l'essentiel; le luxe, l'élégance et la coquetterie peuvent exiger bien autre chose.

Tout étant prêt, le malade doit être assis sur une chaise ou même dans son lit s'il se peut; afin que dans le cas de faiblesse ou d'évanouissement on puisse le ramener sur-le-champ en le renversant à plat. On bande le bras à quelques travers de doigt au-dessus de son pli, et la saillie des veines ne tarde pas à paraître. Si le gonflement ne se faisait pas, on devrait craindre d'avoir trop ou trop peu serré, et on se conduirait en conséquence. Pour favoriser le gonflement des veines, on peut encore faire plonger le bras dans l'eau chaude, en faire mouvoir les muscles, le mouvoir en le laissant tomber le long du corps, etc. Il faut choisir la veine la plus éloignée des artères de la région, et pour cela il suffit de se rappeler : 1° que plus on s'éloigne de l'axe du membre ou d'une ligne également éloignée des bords externe et interne, moins on doit craindre de blesser l'artère à ce point du membre; 2° que la portion de la face antérieure de l'avant-bras qui se trouve en dedans de l'artère étant moins grande que la portion qui est en dehors, les veines qui côtoient le bord externe du membre, comme la céphalique de l'avant-bras, la céphalique du bras et la médiane céphalique, peuvent être ouvertes en toute sécurité.

Les basiliques répandues sur le côté interne du bras et qui montent toutes se réunir à la grande basilique, la cubitale postérieure peuvent l'être aussi sans danger, mais pas plus haut que l'épitrôchlée; encore faut-il se tenir en crainte de piquer quelque filet du nerf cutané interne. La médiane commune peut encore être ouverte sans danger. On le fait rarement. De toutes les veines du bras, celles qu'il faut éviter le plus soigneusement sont la basilique B et la médiane basilique *mb*, à cause du voisinage de l'artère brachiale et du nerf médian. Au reste, la simple inspection des planches qui vont suivre en apprendra plus que tout ce qu'on pourrait dire.

Quand la veine est amenée à un point d'évidence qui permette de la piquer, le chirurgien ouvre sa lancette à angle droit, et n'ayant pas de lieu plus sûr ni plus commode, la met à sa bouche par l'extrémité libre de la chasse. De ses deux mains l'une est occupée à presser le bras de bas en haut de manière à faire saillir la veine de plus en plus; l'autre qui soutient le membre, fixe en même temps la veine à deux travers de doigt plus bas que le point où l'on veut l'ouvrir; et alors, saisissant le talon de la lancette entre le pouce et l'indicateur, il en présente la pointe au vaisseau et lui fait une ponction seule ou suivie d'un mouvement d'élévation. Ordinairement l'incision est oblique, quelquefois parallèle au vaisseau. Quelle qu'en soit la direction, aussitôt qu'elle est terminée, le sang jaillit de la veine ouverte et est reçu dans un vase de capacité connue.

Une fois écoulée la quantité de sang qu'on voulait retirer du corps, on enlève la ligature et

le sang s'arrête, au moins le plus souvent. On rapproche les lèvres de la plaie, on place le pouce dessus et on nettoie le bras avec une éponge ou un linge. Il ne reste plus qu'à substituer au pouce une compresse triangulaire que l'on maintient par quelques tours de bande, et la plaie se cicatrise en bien peu de temps.

Il ne faut pas croire que l'opération de la saignée soit toujours simple et facile. Nous avons vu de grands opérateurs y échouer. Quelquefois les veines sont étroites, mobiles, rétrécies par des cicatrices, ou bien le sujet est trop gras, trop peureux ou trop impatient, et chacune de ces choses est assez pour que la saignée se fasse mal ou ne se fasse pas. D'autres fois le vaisseau n'a pas été piqué, et a fui devant la pointe, l'ouverture n'a pas été assez grande, ou bien encore la blessure de la peau et la blessure de la veine ne se correspondent pas; dans ces différens cas, on a encore une saignée blanche ou presque blanche, ce qui n'est pas glorieux pour l'opérateur ni amusant pour le malade.

Il arrive quelquefois qu'aussitôt après la saignée une douleur plus ou moins vive se fait sentir au centre de la plaie ou seulement dans l'un de ses angles et se continue de haut en bas ou se propage latéralement. Cette douleur peut être ou devenir assez forte pour amener des accidens nerveux déplorables et auxquels il n'est pas toujours facile de remédier. Dans un de ces cas, la douleur avait été annoncée par un cri aigu que poussa le malade à l'instant où plongeait la pointe de l'instrument. On ne saurait admettre que la souffrance qu'occasionne la division de la peau et de la paroi de la veine puisse jamais être cause de pareils effets, et on les attribue avec raison à ce que des rameaux nerveux plus ou moins forts ont été piqués, ou lacérés par l'instrument; cela pourrait provenir aussi de ce qu'en s'est servi d'une lancette dont la pointe n'était pas dans un état convenable d'aiguïssement et de propreté.

Pour calmer cette douleur, nous ne croyons pas qu'on doive jamais conseiller de reporter sur-le-champ l'instrument dans la plaie sous la raison prétendue d'achever la section du nerf blessé. Des cataplasmes, un bain entier, les calmans opiatiques pris à l'intérieur et appliqués sur le lieu douloureux, suffisent ordinairement pour apaiser la douleur. Le temps la guérit.

Nous voulons finir par une recommandation à laquelle l'expérience des autres et la nôtre aussi, ce que nous avons vu dans les hôpitaux et en ville, nous font attacher une grande importance; c'est celle de veiller constamment sur la propreté et le bon état du petit nombre d'instrumens usuels. Souvent on n'a pour différens usages, pour saigner, pour vacciner, pour ouvrir un abcès, etc., qu'un seul et même instrument, deux ou trois tout au plus, de sorte que, si l'on n'y fait une grande attention, la matière purulente d'un abcès de nature suspecte peut être portée sur la pointe de l'instrument sous la peau d'un jeune enfant que l'on vaccine; du pus, du vaccin être inoculé à un homme sain que l'on saigne, etc. On voit tout d'un coup les accidens qui peuvent s'ensuivre, et qu'une propreté extrême suffit à peine pour toujours prévenir.

Le docteur JACQUES LEBAUDY.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° IV. — DECEMBRE 1835.

I. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

DES COMPLICATIONS, ET DU TRAITEMENT
DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

Quelle que soit la cause qui ait produit la blennorrhagie chez la femme, cette affection peut présenter différentes complications, dont quelques unes appartiennent à toutes les formes, tandis que d'autres sont une conséquence de sa nature virulente. Je vais énumérer, tour à tour, chacune de ces complications, en insistant sur les plus importantes.

1° Une complication peu grave généralement, mais très incommode et très fréquente, surtout chez les femmes grasses, c'est l'intertrigo, l'érythème de la partie externe des grandes lèvres et interne des cuisses. Souvent la matière d'un écoulement abondant et âcre, jointe à la fatigue et à la malpropreté, détermine cette complication. J'ai vu, chez quelques malades qui se négligeaient beaucoup, ces parties affectées d'érysipele, d'eczéma, ou d'herpès; il en est, dont les tégumens de cette région, par une sorte de transformation muqueuse, fournissent une sécrétion mucoso-purulente, analogue à la matière blennorrhagique, et donnent ainsi lieu à une espèce de blennorrhagie *extra-génitale*. Cette complication, plus fréquente, lorsqu'il doit survenir des papules muqueuses, et qui le plus ordinairement n'en est, en quelque sorte, que le premier degré, est le plus souvent accompagnée d'une odeur repoussante, tout-à-fait particulière et caractéristique, quand la papule muqueuse existe.

2° Les différentes parties composant la vulve, peuvent être affectées d'œdème, j'ai montré, à ma clinique, des malades très curieuses sous ce rapport. Quelquefois, les nymphes seules étant prises, il existait, chez elles, une espèce de phymosis. D'autres fois, les grandes lèvres étant affectées en même temps que les petites, ces dernières subissaient un étranglement plus ou moins fort, et comparable à un véritable paraphymosis: une jeune fille, encore couchée au n° 35, de ma première salle des femmes, nous en a offert un exemple bien remarquable. Cet œdème des parties génitales, qui arrive aussi dans d'autres circonstances, mais qu'on voit assez souvent dans les blennorrhagies simples, comme dans les virulentes, peut se terminer d'une manière prompte et complète ou bien passer à l'état d'induration plus ou moins difficile à détruire, ou bien encore se compliquer d'érysipeles ou à se terminer par la suppuration et la gangrène.

4° Avec la blennorrhagie, des inflammations phlegmoneuses surviennent parfois; de là, la fréquence des abcès des grandes lèvres. Dans

quelques cas, j'ai vu des abcès survenus, au périnée pendant une blennorrhagie intense. Chez une malade, dans une blennorrhagie des plus aiguës, un abcès se manifesta sur le clitoris, et la suppuration fut très abondante et une partie du prépuce fut détruite par le seul fait de l'inflammation. Un assez grand nombre de femmes porte des kystes plus ou moins volumineux dans l'épaisseur des lèvres génitales; ces kystes peuvent rester indéfiniment sans l'altérer; mais sous l'influence d'excitations mécaniques ou autres, ou par suite de blennorrhagies aiguës, ils s'enflamment, suppurent, et donnent lieu à un abcès, qui, lorsqu'il s'ouvre spontanément, ou lorsqu'on lui fait une petite ouverture, tend à se reproduire sans cesse, ou à se transformer en fistule, qui le plus souvent ne se guérit que par une opération.

4° L'inflammation de l'urèthre peut s'étendre à la vessie; en effet, j'ai vu encore, assez souvent, la cystite et le catarrhe vésical compliquer la blennorrhagie chez la femme, ou n'être en quelque sorte, qu'une extension de cette maladie; chez elle aussi, j'ai assez souvent observé de la dysurie, ou même une rétention complète d'urine, tantôt due à l'inflammation excessive, tantôt dépendante d'un état franchement spasmodique, ou enfin occasionée par ces deux causes réunies; dans quelques circonstances rares, les malades ont rendu du sang avec l'urine, il y a eu hématurie.

5° Le bubon vient quelquefois compliquer la blennorrhagie des femmes et cela plus particulièrement quand elle affecte l'urèthre; produit par l'irritation sympathique, ou dû à l'inflammation successive des lymphatiques, de la surface enflammée, à la glande la plus voisine, il peut se montrer dans toutes les formes de la blennorrhagie et affecter des sièges différens, ainsi que je le dirai plus tard, dans un article spécial sur les bubons; mais un fait constant que je dois rappeler ici, en envisageant le bubon comme complication de la blennorrhagie, c'est que, quelle qu'ait été la nature intime de l'écoulement, toutes les fois qu'il n'y a pas eu de véritables chancres, jamais les bubons suppurés n'ont fourni un pus susceptible d'être inoculé.

6° Si nous cherchons les complications du côté de l'utérus et de ses annexes, nous trouvons, chez quelques malades, des aberrations du flux menstruel: les unes étant prises d'aménorrhée, tandis que chez d'autres, il survient de véritables métrorrhagies; ces cas sont rares, il faut en convenir; mais ils n'en existent pas moins. Sur une jeune malade chlorotique, que j'ai traitée dans mon service à l'hôpital des Vénériens, la blennorrhagie a semblé rappeler

les règles qui jusque là ne s'étaient pas montrées à la suite de tous les emménagogues qu'on avait employés. Quelquefois, des femmes, du reste d'un tempérament nerveux, ont été soumises à de fréquentes attaques d'hystérie, pendant le cours d'une blennorrhagie utérine, ou bien, chez elles, cette affection s'est compliquée de véritable métrite; mais ce que j'ai eu déjà l'occasion d'observer deux fois, ce sont, comme complication, des symptômes qu'on pouvait rapporter à une inflammation des ovaires, semblables, dans ce cas, à l'inflammation des testicules chez l'homme. Une première malade couchée au n° 4, de la seconde salle des femmes de mon service, âgée de trente-deux ans, affectée d'une blennorrhagie uréthro-génitale très aiguë, fut prise, tout-à-coup de tension dans la fosse iliaque du côté gauche. Le toucher qui faisait bien sentir la tuméfaction, occasionnait beaucoup de douleur, et permettait d'y apprécier une augmentation de température; il survint des nausées, et un mouvement fébrile, avec plénitude du pouls. La malade restait couchée sur le dos, et de préférence inclinée du côté gauche, les cuisses un peu fléchies sur le bassin. L'écoulement de l'urètre, et des parties génitales, avait presque entièrement disparu. En touchant par le vagin, voici ce que je pus constater: La pression du col utérin par le doigt indicateur n'était pas douloureuse, tandis qu'on déterminait de la douleur lorsque le doigt placé sur le côté gauche de la matrice, tendait à refouler l'organe vers la fosse iliaque droite, en faisant éprouver une sorte de tension au ligament large gauche; la même manœuvre exercée de l'autre côté, afin de comparer, ne produisait presque pas de gêne; la défécation, l'émission de l'urine et en général tous les mouvemens abdominaux étaient pénibles. Ces symptômes combattus par des antiphlogistiques, disparurent vers le douzième jour; et à mesure qu'ils perdaient de leur intensité, l'écoulement redevenait de plus en plus abondant; quand tout-à-coup, l'écoulement diminuait de nouveau, la même série de phénomènes se manifesta; mais cette fois du côté droit. J'ai encore aujourd'hui, au n° 2, de la première salle des femmes une malade, chez laquelle les élèves qui suivent mes leçons cliniques ont pu constater un cas à peu près semblable à celui que je viens de rapporter; toutefois dans cette seconde observation, le côté gauche a seul été affecté.

7° Les papules ou pustules muqueuses, suite fréquente de la blennorrhagie virulente, peuvent être envisagées comme complication; il en est de même des végétations diverses, dont quelques-unes sont tout-à-fait indépendantes de tout principe virulent. Quant aux chancres, distincts de la blennorrhagie, et dus à une autre contagion, ils peuvent exister en même temps qu'elle, et la compliquer, et peuvent par l'irritation des parties voisines de leur siège, déterminer seuls, des écoulemens ou les entretenir, sans que ces écoulemens soient de nature semblable au pus qu'ils sécrètent.

8° L'ophtalmie blennorrhagique, et l'arthrite, des troubles de la circulation, de l'innervation, de la digestion, de la sécrétion urinaire, etc, peuvent se présenter comme accidens ou complication de la blennorrhagie.

9° Enfin il ne faut pas oublier qu'ici comme dans toutes les maladies, la persistance de la cause particulière du mal est une fâcheuse complication.

Passant maintenant à l'histoire du traitement de la blennorrhagie, quelle que soit encore sa cause particulière, son essence, sa nature intime, et ses complications ou accidens, elle ne s'en montre pas moins avec les caractères d'une inflammation catarrhale, aiguë ou chronique, et comme telle réclame le traitement des inflammations en général. Moins sujette peut-être chez la femme que chez l'homme au déplacement brusque ou aux métastases, n'ayant rien à redouter de sa cessation rapide, de sa terminaison par délitescence, il serait sans doute bien avantageux de pouvoir la faire avorter à son origine; mais jusqu'à présent, il faut en convenir, il n'est pas de méthode efficace et certaine pour obtenir cet heureux résultat; et si quelquefois on réussit chez l'homme à faire avorter des écoulemens par des révulsifs, par le tube digestif, par le copahu pris au début de la maladie, par les injections astringentes, irritantes et caustiques même dans l'urètre; chez la femme, ces moyens restent le plus souvent sans action, ou aggravent le mal dans le plus grand nombre des cas.

Quoi qu'il en soit, dans l'impossibilité de faire avorter la blennorrhagie des femmes, il faut, dans le traitement, s'attacher à bien remplir les indications, et ne pas perdre de vue ce principe que plus la blennorrhagie sera récente, et mieux on pourra la guérir si elle est bien traitée; tandis que la guérison en deviendra plus difficile lorsqu'elle aura passé à l'état chronique, et qu'elle aura, en quelque sorte, pris droit de domicile en altérant les tissus. Il faut, dans le traitement de l'affection qui m'occupe, comme dans le traitement de toutes les maladies, éloigner la cause qui l'a produite et qui peut encore l'entretenir, recommander ainsi la continence la plus parfaite, éviter tout contact irritant, et tenir les organes de la génération dans le plus grand repos; éviter toute cause d'excitation des organes voisins; entretenir la liberté du ventre par des boissons délayantes, telles que le bouillon de veau, le petit-lait, l'eau d'orge miellée; l'usage des lavemens émolliens, souvent répétés, pour éviter l'accumulation des matières fécales dans le rectum. Il faut que, par une assez grande quantité de boissons, l'urine soit plus aqueuse; c'est un point très important, mais qui n'est pas bien compris par tous les médecins. En effet, il semble le plus souvent qu'on cherche à augmenter la sécrétion de l'urine et partant son excrétion, qu'on veuille enfin faire uriner plus fréquemment les malades; mais cette idée est fautive et nuisible, surtout quand il s'agit de blennorrhagie uréthrale chez l'homme et chez la femme; car s'il était possible que les malades restassent très long-temps sans uriner, les surfaces enflammées soustraites à l'influence irritante de l'urine ne s'en trouveraient certainement que mieux. Aussi, jamais dans le traitement des écoulemens, je n'administre des médicamens diurétiques, tels que le nitrate de potasse ou autres. Je donne la préférence aux décoctions mucilagineuses édulcorées avec un sirop d'orgeat, de groseille ou de limon; le but ici, je le répète, n'est pas d'augmenter la sécrétion de l'urine, mais seulement de rendre

ce liquide moins irritant en augmentant ses principes aqueux. Les bains, dans la blennorrhagie, sont extrêmement utiles; et cela peut-être plus chez les femmes que chez les hommes; mais c'est aux bains entiers qu'il faut donner la préférence, en recommandant aux malades de les prendre à une température très douce: trop chauds ou trop froids, ils ne sont plus convenables; il faut que leur température soit graduée, non pas au thermomètre, mais bien d'après les sensations des malades qui les prennent, de telle façon que lorsqu'elles sont dans l'eau elles n'aient ni froid ni chaud. Lorsque le contact des corps étrangers n'est pas très douloureux, que l'introduction de l'olive d'une seringue en arrosoir ne fait pas souffrir à la vulve, je recommande, pendant le bain, des injections vaginales répétées plusieurs fois avec l'eau du bain même. Indépendamment des bains qui sont pris tous les jours, ou tous les deux jours, selon le besoin, les malades qui doivent, autant que possible, garder le repos, font des injections, matin et soir, avec une décoction mucilagineuse, telle que la décoction de racine de guimauve ou de graines de lin. Ces injections qui ne doivent être faites, ainsi que je je l'ai déjà dit plus haut, que lorsque l'introduction de la seringue ne produit pas trop de douleur, doivent aussi être pratiquées de façon à séjourner un peu dans le vagin; pour cela, il faut que la malade, couchée dans son lit, se relève le siège, ou qu'assise sur une chaise, elle pose les jambes sur quelque chose de plus élevé que le siège sur lequel elle est. Ces précautions étant prises, l'injection devra être poussée lentement. Chez quelques malades, la douleur est plus forte que ne semble l'indiquer l'inflammation; dans ces cas, indépendamment des opiacés et des antispasmodiques qu'on peut administrer en lavemens ou par la bouche, on se trouve très bien d'ajouter aux décoctions émollientes des têtes de pavot ou de la morelle. Mais un moyen de la plus grande importance, et qu'il ne faut jamais négliger, c'est l'application continue des émoulliens simples ou des émoulliens narcotiques que je viens d'indiquer; en effet, malgré toutes les précautions prises, les liquides injectés ne font que passer sur les surfaces malades, et alors ils n'agissent que comme moyen de propreté, sans avoir le temps d'opérer une action médicamenteuse. Pour qu'ils soient plus efficaces, il faut en imbiber des tampons de charpie, ou des éponges fines, qu'on introduit dans le vagin et qu'on laisse à demeure. Je fais ordinairement faire une injection; puis je fais introduire dans le vagin, et jusqu'au col de l'utérus, le tampon de charpie imbibée du liquide de l'injection, et attaché d'un fil qui reste hors de la vulve, pour la facilité de le retirer. Ce tampon doit être assez long pour occuper toute la longueur du vagin, et pas assez volumineux pour le distendre, ce qui causerait de l'irritation. Une fois qu'il est placé, comme il a dû perdre, par expression, une certaine quantité du liquide dont il était chargé, je fais faire, par-dessus, une nouvelle injection, qu'il retient en grande partie. Ce tampon est renouvelé deux fois par vingt-quatre heures. A l'hôpital, on se sert pour le poser du petit spéculum plein de M. Récamier; en ville, et dans les cas où l'introduction du spéculum fait souffrir, les malades l'introduisent elles-mêmes avec le doigt, ce qui est très facile et même pré-

férable; car alors les femmes n'ont besoin de personne pour les panser.

Mais les moyens que je viens d'indiquer, et qui sont applicables dans tous les cas, sauf les modifications convenables, ne suffisent pas seuls quand la blennorrhagie est intense ou qu'elle est compliquée: en effet, lorsque l'inflammation est vive, les émissions sanguines deviennent nécessaires. La saignée du bras est très utile chez les femmes fortes, et qui, de plus, ont un peu de réaction fébrile. Dans les cas les plus ordinaires, les sangsues, en nombre proportionné aux forces des malades et à la violence du mal, doivent obtenir la préférence. Je les fais appliquer au pli des cuisses tant qu'il n'y a pas de chancres, car on n'a pas à craindre que les piqûres s'ulcèrent par suite d'inoculation; mais dans le cas où des chancres existent, les sangsues ne doivent plus être posées sur une partie déclive et susceptible d'être souillée par le pus, qui pourrait transformer leurs piqûres en véritables chancres.

Si le flux menstruel survient pendant le cours d'une blennorrhagie, il doit remplacer momentanément les émissions sanguines artificielles qui ne seront pratiquées, si besoin en est, qu'après que les règles auront cessé de couler. Pendant ce temps encore, les injections peuvent être continuées, mais le tamponnement doit être suspendu.

Les différentes complications de la blennorrhagie que j'ai indiquées cèdent au traitement ci-dessus; ou bien si elles résistent ou qu'elles prennent de l'intensité, alors formant en quelque sorte une maladie à part et en dehors de la blennorrhagie, il faut leur opposer leur traitement particulier, et dans les détails duquel je ne puis pas entrer dans cet article.

Mais la blennorrhagie, chez la femme comme chez l'homme, ne cède pas toujours elle-même aux anti-phlogistiques les mieux administrés; et il faut le plus ordinairement alors avoir recours à d'autres moyens. Le copahu peut être employé chez elle; mais il faut convenir qu'il est loin d'avoir la vertu presque spécifique qu'il a chez l'homme. Je l'ai bien souvent employé sous toutes les formes et à des doses variées, seul ou mélangé au cubèbe; et rarement il a produit, d'une manière nette, des effets tels que ceux qu'on observe sur le sexe masculin. Son action la plus évidente et la plus efficace se manifeste dans les cas de blennorrhagie uréthrale de la femme, cas qui ont la plus grande analogie avec la blennorrhagie des hommes, où ce médicament est avantageux. Du reste, le copahu agit, dans un sexe comme dans l'autre, de deux manières différentes: d'abord sur les voies digestives dont il trouble le plus souvent les fonctions, en déterminant à des doses relatives aux individus qui les prennent, des garde-robes plus ou moins fréquentes, et puis sur les voies urinaires, en augmentant quelquefois la sécrétion de l'urine, mais en communiquant toujours à ce liquide son odeur caractéristique, et partant une partie de ses principes, qui va agir sur la muqueuse uréthrale malade. Le vagin et la matrice, placés dans un juste milieu, entre le rectum et l'urèthre, semblent, par leur position, échapper à cette dernière action du copahu la plus efficace, puisque sous son influence l'urèthre guérit, alors que le vagin et l'utérus fournissent encore leur sécrétion morbide. Aussi, bien que le copahu et ses succédanés, le cubèbe, la téré-

benthine, etc., réussissent quelquefois à supprimer des écoulemens uréthro-génitaux, ce n'est guère que dans les cas de blennorrhagie de l'urètre chez la femme que j'insiste sur leur emploi, aimant mieux, dès que la diminution de l'inflammation le permet, avoir recours aux tamponnemens astringens ou résolutifs. En effet, aussitôt que l'état aigu baisse, qu'il n'y a plus de douleur, les injections émollientes et les tamponnemens émolliens sont abandonnés et remplacés par des injections et des tamponnemens d'une autre nature. Les injections et les tamponnemens avec la solution concentrée d'acétate de plomb réussissent le plus souvent, et je leur donne la préférence dans le plus grand nombre des cas. Lorsque les malades sont encore très voisines de l'état aigu, j'emploie la solution suivante :

Prenez : Eau commune, une livre;
Acétate de plomb cristallisé, une demi-once.
Méléz.

Quand la maladie est tout-à-fait à l'état chronique, la dose d'acétate de plomb est portée à une once pour la même quantité d'eau. Les injections sont, du reste, renouvelées deux fois par jour; à l'hôpital, il y a un seul pansement par vingt-quatre heures. Après l'injection, de la charpie trempée dans le même liquide est introduite dans toute la longueur du vagin, et laissée à demeure, en ayant le soin de faire par-dessus une nouvelle injection, comme dans le cas d'emploi des émolliens que j'ai déjà indiqués. Il est important d'observer ici que, chez quelques malades, sans déterminer la moindre douleur, et alors que l'écoulement est entièrement tari, quelques points du vagin ou du col de la matrice s'excorient sous l'influence de la solution d'acétate de plomb trop concentrée; alors, il faut ou l'affaiblir ou la suspendre complètement.

Sur cent femmes affectées de blennorrhagie, soixante guérissent par les moyens que je viens de signaler en vingt jours, un mois, deux mois au plus tard. Chez les autres qui ont résisté aux antiphlogistiques, et à l'emploi de l'acétate de plomb et chez lesquelles la maladie est passée à l'état chronique, on trouve, à l'aide du spéculum, des lésions de tissus qu'il faut combattre : tantôt ce sont des végétations du vagin, du col de la matrice qui doivent être excisées ou cautérisées; d'autres fois, ce sont des ulcérations granuleuses ou saillantes, ayant l'aspect d'un vésicatoire en suppuration, ou bien des ulcérations creuses qu'il faut attaquer sur place, et qui sont la cause de la persistance des écoulemens. Si ces ulcérations diverses sont encore accompagnées de symptômes inflammatoires aigus, ou que la malade ait actuellement ses règles ou les attende prochainement, je fais encore continuer les injections et les tamponnemens émolliens; dans les cas contraires, toutes les ulcérations granuleuses et saillantes, et celles dont l'aspect ressemble à la surface d'un vésicatoire en suppuration, sont touchées, après avoir été mises à découvert à l'aide du spéculum, avec un petit pinceau de charpie imbibé de nitrate acide de mercure. A moins de saillie très considérable, la cautérisation ne doit jamais être très profonde; il faut se contenter de blanchir les surfaces, en ayant soin de la faire porter sur tous les points malades. Pour cela, il faut, auparavant, bien essuyer avec

un gros pinceau sec toutes les parties affectées, et enlever les mucosités, qui, autrement, seraient seules cicatrisées; mais ces mucosités très tenaces, surtout celles qui viennent de l'intérieur de la matrice, n'ont cédé que difficilement à l'action du pinceau sec. Pour bien les enlever, il faut, dans quelques cas, les coaguler préalablement avec le nitrate acide de mercure lui-même, et alors, on les extrait par morceaux concrets avec la plus grande facilité; et la cautérisation des parties qu'elles recouvraient peut avoir lieu. La cautérisation faite ainsi ne produit jamais ni douleur ni accident; sur six cents femmes à qui je l'ai fait subir, et qui lui ont dû leur guérison, il en est tout au plus sept à huit qui ont senti quelque chose, sans toutefois en souffrir; les autres ne savaient seulement pas si on les avait touchées.

Immédiatement après la cautérisation, je place un tampon imbibé de la solution d'acétate de plomb, qu'on renouvelle ensuite deux fois par jour en faisant les injections comme il a été indiqué plus haut. Les cautérisations sont, du reste, répétées tous les sept à huit jours, tant qu'elles sont nécessaires, en ayant le soin de graduer leur intensité sur l'aspect particulier de l'ulcération et sur le résultat des cautérisations antérieures, devant être d'autant plus fortes que les tissus paraissent plus mous, plus blafards et plus saillans.

Les ulcérations creuses, au-dessous du niveau des parties voisines, quelle que soit leur nature présumée, cèdent quelquefois et se cicatrisent sous l'influence des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, comme les premières; mais dans un grand nombre de cas, les cautérisations semblent les entretenir ou les accroître. Quand les applications émollientes ou narcotiques ne produisent pas leur cicatrisation, qu'elles ont résisté à la solution d'acétate de plomb et au nitrate acide de mercure, je porte sur elle du calomel préparé à la vapeur à l'aide d'un pinceau de charpie, plaçant ensuite dans le vagin un tampon de charpie sèche. Dans quelques cas encore, la guérison d'ulcères profonds qui avaient aussi résisté à ce dernier moyen, a eu lieu par des applications de miel de Narbonne mélangé à un douzième de proto-iodure de mercure. A l'aide de ces médications j'ai pu guérir un grand nombre de malades, qui, jusque-là, avaient été regardées comme incurables, et ce n'est guère que celles qui étaient affectées d'ulcérations dégénérées ou carcinomateuses qui n'ont pas cédé à ces traitemens; mais ces derniers cas ont été très rares. Sur le grand nombre de malades que j'ai eu à soigner, dans le cours de deux années à l'hôpital, je n'ai pratiqué que deux fois l'amputation du col de la matrice, pour des cas de cancers fongueux.

Quoi qu'il en soit, chez quelques malades, sans qu'il y ait eu des altérations de tissu bien marquées ou appréciables même, des écoulemens ont pu persister. Le plus ordinairement ils ont eu pour siège les parties profondes du vagin, le col de la matrice ou la cavité utérine, ces parties ne se guérissant ni aussi bien ni aussi vite que celles qui sont en contact avec l'air, ou placées plus extérieurement. Quoi qu'il en soit dans ces cas, les tamponnemens avec la charpie sèche ou l'introduction de l'air à l'aide d'un spéculum fe-

nêtré en gomme élastique et laissé à demeure, les injections et les tamponnemens avec la solution de sulfate de zinc, avec l'eau chlorurée, avec le vin pur ou la décoction vineuse de roses de Provins, avec la solution de sublimé corrosif, avec la décoction d'écorce de chêne, de sulfate d'alumine, la teinture d'iode étendue, le nitrate acide de mercure affaibli, etc., tour à tour essayés, ont quelquefois réussi; l'emploi des purgatifs, des vésicatoires à la partie interne des cuisses aux régions hypogastrique et sacrée, et les bains de vapeurs, ont aussi donné quelques résultats heureux; mais dans ces cas rebelles aucune indication ne doit être négligée: l'usage des amers et des toniques, des toniques astrigens et du fer en particulier, est très favorable chez les femmes faibles, lymphatiques et scrofuleuses, de même que les sulfureux, les bains de Barèges, les injections et les tamponnemens avec l'eau de Barèges chez les femmes dartreuses. J'ai vu, il faut en convenir, ces moyens être bien plus efficaces dans les cas particuliers que je viens de signaler que l'usage des mercuriaux, dont l'action est bien faible, ou nulle chez le plus grand nombre des malades où il n'existe qu'un écoulement, et ce n'est qu'alors qu'il y a d'autres symptômes que son emploi, pour moi, est motivé et paraît efficace.

Dans les écoulemens qui viennent de l'intérieur de l'utérus, et qui sont dus à une altération légère ou profonde de sa surface muqueuse, il faut aussi, comme pour le vagin et la vulve, une médication locale; car de même que l'application des médicamens sur la vulve ne ferait rien aux parties profondes du vagin, de même les médicamens portés dans le vagin ont peu ou pas d'influence sur la cavité utérine, et il faut alors les introduire dans cette cavité. J'ai pu, à l'aide d'injections de solutions d'acétate de plomb, faire tous les jours, dans l'intervalle des règles, tarir des écoulemens utérins chroniques. Chez des malades franchement lymphatiques et même scrofuleuses, des fleurs blanches très abondantes ont cédé à des injections utérines faites avec la solution suivante :

Prenez : Eau distillée, trois onces ;
Teinture d'iode, un gros.

Si l'on veut obtenir quelque chose de ce traitement, il doit être continué avec beaucoup de soin.

Chez des malades chez lesquelles on voyait des ulcérations du museau de tanche filer dans la cavité de la matrice, et dont les sécrétions utérines étaient purulentes, j'ai tenté la cautérisation de la surface interne de cette cavité; pour cela, j'ai fait construire une seringue à double cylindre dont les pistons se manœuvrent isolément, et qui renferme dans un de ses cylindres du nitrate acide de mercure étendu de douze parties d'eau distillée, et dans l'autre de l'eau pure. Sa canule, double aussi, s'adapte à une sonde en gomme élastique d'environ huit pouces de long, qui, ouverte à ses deux extrémités, est enduite d'un corps gras et introduite dans l'utérus. L'injection de nitrate acide est alors poussée doucement et en petite quantité (la valeur à peu près d'une petite cuillerée à café); et après une minute ou deux de séjour sans déplacer l'instrument, on pousse l'injection d'eau. Cinq malades

affectées d'écoulemens utérins purulents très abondans, et qui avaient résisté à tous les autres moyens, ont été traitées et guéries dans mon service de clinique à l'hôpital des vénériens. Je dois dire que je n'ai employé ce moyen qu'en désespoir de cause et avec toutes les précautions possibles, et que bien que je n'ai jamais eu de cas fâcheux, chez quelques malades il a produit des accidens de courte durée, mais d'apparence formidable, déterminant, sur le plus grand nombre, des attaques d'hystérie instantanées et d'une grande violence; ce qui, pour le dire en passant, viendrait à l'appui de l'opinion de ceux qui placent le siège de cette maladie dans la matrice.

Quoi qu'il en soit, lorsque j'ai obtenu la guérison d'une blennorrhagie chez une femme, qu'il reste ou non un flux muqueux, je recommande l'usage habituel d'injections d'eau froide, une ou deux fois par jour, et cela en commençant huit jours après la cessation des règles, pour s'arrêter huit jours avant leur arrivée, et recommencer ensuite de la même manière. En suivant cette pratique, les guérisons m'ont paru plus solides et les récidives spontanées plus rares.

RICORD, chirurgien de l'hôpital
des vénériens de Paris.

ESSAI CLINIQUE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Les fièvres intermittentes sont endémiques. L'élévation de la température, le dessèchement des terrains qui ont été submergés ou fouillés, sont les conditions ordinaires de leur développement. Les effluves des marais d'eau douce et d'eau salée, exercent surtout leur action délétère au moment du coucher du soleil. Ces effluves sont certainement distincts des diverses combinaisons connues d'hydrogène, de soufre, de phosphore de carbone, des gaz méphitiques qui se dégagent ces fosses d'aisance, etc. (1).

Des fièvres intermittentes peuvent donc, à quelques égards, être considérées comme le résultat d'un empoisonnement miasmatique; non pas que la fièvre puisse être regardée comme l'effet immédiat de l'action de la substance délétère, mais plutôt comme le résultat d'une modification qui se prolonge pendant un laps de temps souvent considérable, et malgré la soustraction de la cause qui l'a produite. Les observations dues à M. Bally celles que moi-même j'ai été à même de faire, tendent à prouver que la fièvre intermittente vernale est souvent la conséquence d'une influence miasmatique éprouvée pendant l'automne.

Symptômes.

Symptômes primitifs. — Frisson. (C'est surtout par le frisson que les fièvres intermittentes s'éloignent de toutes les autres affections fébriles qui sont également précédées du frisson. C'est particulièrement dans ces maladies que la période du refroidissement est accompagnée d'anxiété. Une autre particularité contribue encore à caractériser le frisson des fièvres intermittentes. Après le troisième et le quatrième accès, il aug-

(1) Les émanations des marchés de Paris, celles du clos d'équarrissage de Montfaucon, ne nuisent point à la salubrité des quartiers qui en sont infectés.

mente d'intensité, tandis qu'au second ou au troisième jour des autres affections fébriles qu'il a précédées, il cesse ordinairement de se montrer.) Céphalalgie, souvent nausées, vomissement, soif, cardialgie, douleurs articulaires, lividité des ongles et des lèvres, pouls petit et lent, frisson et chaleurs alternatifs; le pouls devient plus en plus fréquent, plein et fort, persévérance de la céphalalgie, moiteur, sueur abondante, diminution progressive de l'anxiété, des douleurs articulaires et du mal de tête.

La langue dans les périodes indiquées s'éloigne peu de l'état naturel; elle prend seulement une teinte plus animée et elle devient un peu plus sèche pendant la période de chaleur.

Ces symptômes se renouvellent chaque jour à la même heure : *Fièvre quotidienne*.

Ce type est très rarement observé dans les fièvres intermittentes causées par des émanations miasmatiques. Il est au contraire propre aux fièvres symptomatiques des inflammations latentes et intenses des membranes séreuses.

Chaque jour ces symptômes se renouvellent à des heures différentes et avec une inégale intensité, de manière que chaque deuxième jour la série des symptômes se correspond; *fièvre double-tierce*, type très commun dans certaines localités, au printemps et en automne; de deux jours l'un, et plutôt le soir; *fièvre tierce*, le plus commun des types; après deux jours d'intervalle; *fièvre quarte*; pendant deux jours successivement, accès inégaux, retour dans le même ordre après trois jours d'intervalle; *fièvre double quarte*; trois accès inégaux pendant trois jours et qui se reproduisent dans le même ordre; *fièvre triple-quarte*.

Les fièvres de tout autre type sont très rares.

Les accès se prolongent et anticipent les uns sur les autres : *fièvre sub-intrante*.

Un des symptômes énumérés se présente avec une gravité et une intensité insolites. Le frisson se prolonge pendant plusieurs heures. La cardialgie a une extrême intensité, elle est accompagnée d'une sueur excessivement abondante et prolongée, ou bien d'autres symptômes qui ne se montrent pas habituellement dans la fièvre intermittente apparaissent dans le cours de l'accès. Un délire frénétique, une somnolence difficile à vaincre, une diarrhée colliquative avec des évacuations alvines semblables à de la lavure de chair, se manifestent après un ou plusieurs accès : *fièvre perniciouse*.

Au moment de leur première apparition, ces symptômes formidables sont loin de se montrer dans toute l'intensité qu'ils vont acquérir. Il est cependant de la plus grande importance de les reconnaître dans le premier accès où on les observe, car le second et surtout le troisième sont ordinairement mortels.

Ce n'est pas généralement dans le premier accès d'une fièvre intermittente que se montre un symptôme pernicious; c'est après plusieurs jours de durée, et c'est particulièrement dans celles qui n'ont montré aucune intensité dans les trois périodes qui leur sont propres qu'on les voit survenir.

Toutes les fièvres perniciouses sont sub-intrantes. (*Torti et Morton.*)

La fièvre ne laisse point d'intervalles apyrétiques marqués : *fièvre rémittente*.

Fièvres larvées.

Leur existence parut presque douteuse à Torti. Elles ont été fréquemment observées à l'hôpital général de Tours dans l'époque de dix années; ce qui prouve de plus en plus que les émanations délétères de certaines localités impriment un caractère spécial à l'intermittence (1).

Lésions propres aux fièvres intermittentes.

Décoloration, fluidification du sang. — La décoloration précède-t-elle toujours l'invasion de la fièvre intermittente (2)?

Cette question d'un grand intérêt est difficile à résoudre. Le degré de coloration du sang ne s'apprécie facilement que sur les personnes qui ont la peau transparente. Il est encore plus difficile de juger du degré de fluidité de ce liquide: Quelques faits de pratique me laissent à peine lieu de douter que chez plusieurs individus une décoloration manifeste, accompagnée de céphalalgie, d'un sentiment de maladie général n'ait précédé de plusieurs jours le premier paroxysme de la fièvre tierce. Il faut cependant convenir que parmi ceux qui en sont atteints, plusieurs conservent encore après quelques accès, leur coloris habituel. Mais une différence notable ne tarde pas à se faire remarquer, et il n'est pas rare que la pâleur ne soit portée jusqu'à l'anémie chez ceux qui ont éprouvé plusieurs récurrences de fièvres intermittentes, ou chez lesquels les accès se sont répétés un grand nombre de fois. Dans ce cas, le fluidification du sang et sa décoloration ont été trouvées telles, qu'il ressemblait pour la consistance à de l'eau mêlée d'une légère quantité de vin rouge. Des épanchemens séreux dans toutes les autres cavités splanchniques et dans le tissu cellulaire accompagnent toujours cette altération du sang.

Lésions organiques de la rate. — M. Audouard cite des observations nécroscopiques d'après lesquelles on pourrait croire que la rate peut acquérir en peu de jours une augmentation qui porterait son poids à sept ou huit livres. Les sujets de ces observations étaient-ils vraiment atteints de la fièvre pour la première fois?

On trouve fréquemment le tissu de la rate ramolli au point qu'il est presque diffusé. D'autres fois on rencontre de véritables caillots de sang renfermés dans des déchirures très apparentes de ce viscère. La teinte de la matière épanchée et diffusée s'éloigne de la couleur du sang coagulé et se rapproche de celle de la pâte de chocolat.

L'augmentation de la rate précède-t-elle la décoloration du sang? Cette tuméfaction est d'autant moins facile à reconnaître, qu'une légère augmentation dans le volume de ce viscère ne peut être que très difficilement appréciée à travers les parois abdominales. Son ramollissement est tout-à-fait impossible à constater sur le

(1) Des cuirassiers venus de Joigny en ont rapporté la fièvre quarte. Les soldats du même régiment qui ont contracté la fièvre intermittente à Montereau ne l'offrent que sous le type tierce.

(2) Les expériences de M. Edwards, sur la chaleur animale montrent des rapports constans entre le nombre des globules du sang rouge et la facilité qu'ont les animaux d'élever leur température au-dessus du milieu dans lequel ils vivent.

vivant. Je ne puis toutefois douter que la décoloration ne puisse être portée très loin, sans qu'à l'aide d'une exploration attentive on parvienne à découvrir quelque rénitence dans le flanc gauche. Il est rare cependant qu'alors les malades n'accusent pas une sensation pénible dans l'hypochondre de ce côté.

Lésions viscérales. — Ces lésions, comme celles de la rate, sont généralement attribuées au refoulement du sang qui, pendant le frisson, expulsé de la périphérie par le spasme de la peau, va former des congestions dans les viscères. Ces congestions réitérées, plus spécialement dirigées chez certains sujets vers un organe que vers un autre, occasionent fréquemment une affection phlegmasique de l'organe qui a souffert ces distensions. On doit toutefois noter que les matériaux de la fluxion inflammatoire lui impriment un caractère particulier; c'est en général une phlogose œdémateuse qui se développe dans l'organe affecté; affection qui tend généralement à devenir chronique.

Il est probable que ces lésions observées à la suite des fièvres intermittentes prolongées n'en sont pas toujours la conséquence immédiate, et qu'une prédisposition acquise par une phlegmasie antécédente ou par une excitation préexistante a appelé vers ce point de l'économie la congestion qui est l'effet du refoulement. On verra que ce sont particulièrement ces lésions viscérales qui entravent le traitement des fièvres intermittentes prolongées, et forcent le praticien à suivre successivement des indications différentes, souvent même opposées.

Epanchemens séreux propres à la fièvre intermittente pernicieuse. — On a vu qu'à la suite des fièvres intermittentes prolongées, la fluidification du sang, en un mot la destruction du cruor, s'accompagnait bientôt de cachexie leucophlegmatique et d'épanchemens de sérosité dans toutes les cavités splanchniques. Ces épanchemens deviennent quelquefois assez considérables pour donner lieu à l'ascite, à l'hydrothorax et à l'anasarque. On conçoit facilement comment tel sujet sera prédisposé à l'accumulation du sérum dans la plèvre, tandis que chez un autre un épanchement abdominal aura plutôt lieu. Une lésion phlegmasique antécédente, la prédominance originelle d'un appareil organique suffira pour déterminer cette surabondance d'exhalation. Dans tous les cas, la source commune de ces épanchemens est l'altération de la crâse du sang; ce liquide ayant perdu sa plasticité, transsude trop abondamment par les pores de ses vaisseaux.

La plupart des symptômes graves des fièvres intermittentes pernicieuses sont le résultat d'une exsudation abondante de sérosité: à l'intérieur du crâne et plus particulièrement dans les ventricules du cerveau, *fièvre léthargique* (de Torti); à la surface de la peau, *fièvre cardialgique* (*Id.*); à la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale, *fièvre diarrhéique* ou *dyssentérique*.

Peut-être les phénomènes de la fièvre algide ne sont-ils dus qu'à un semblable épanchement séreux dans le péricarde. Un seul cas de pratique m'a offert de fortes présomptions en faveur de cette opinion.

Les affections consécutives les plus graves des

fièvres intermittentes, telles que l'ascite, l'hydrothorax, l'anasarque, et les symptômes redoutables qui, en se manifestant dans le cours de ces fièvres lui impriment un caractère pernicieux, se rattachent donc à la rapidité et à la promptitude avec laquelle le sang devenu trop fluide, peut fournir à une trop abondante exhalation.

C'est particulièrement chez les enfans et les vieillards que s'observe la fièvre léthargique; ce sont aussi les deux âges de la vie auxquels se rencontre le plus d'affections encéphaliques idiopathiques. Chez les vieillards, la fièvre léthargique se confond facilement avec l'apoplexie; chez les enfans avec l'hydrocéphale aiguë. Le salut du malade dépend de l'habileté que le médecin sait apporter dans le diagnostic. S'il existe quelque similitude dans les lésions appréciables après la mort, il est cependant vrai que d'énormes différences les séparent quant aux symptômes.

La périodicité, l'antécession d'accès réguliers de fièvres intermittentes distinguent la fièvre léthargique de l'apoplexie et de l'hydrocéphale. Les lésions morbides sont encore plus tranchées; celles de l'apoplexie consistent dans une turgescence vasculaire des méninges et du cerveau, qui va souvent jusqu'à un épanchement hémorrhagique. Dans l'encéphalite, dans la méningite, affections qui se confondent et se compliquent aussi fréquemment que la pleurésie et la pneumonie, un épanchement fibrineux, concret, entre l'arachnoïde et la pie-mère, plus fréquemment observé dans la scissure de Sylvius, où il suit le trajet des troncs veineux, et sur les processus vermiformes du cervelet, est ordinairement accompagné du ramollissement de la pulpe cérébrale, ramollissement généralement plus prononcé dans les points où les méninges plus phlogosées adhèrent à la substance corticale. La voûte à trois piliers, les parois des ventricules latéraux perdent encore très souvent, dans ces mêmes cas, de leur force de cohésion, de sorte que l'épanchement plus ou moins considérable de liquide a manifestement été précédé d'une lésion inflammatoire dont on reconnaît ici les traces évidentes; tandis que les épanchemens séreux propres aux fièvres intermittentes, et qui sont ordinairement plus considérables, bien loin de s'accompagner des lésions précitées, semblent imprimer à la masse encéphalique plus de fermeté et de consistance, en même temps qu'elles expulsent par la pression exercée le sang contenu dans l'appareil vasculaire.

Les épanchemens séreux qui sont la conséquence des fièvres intermittentes prolongées offrent les mêmes caractères anatomiques; ils ne reconnaissent point pour cause une lésion viscérale irremédiable.

Lésions phlegmasiques consécutives. — Le refoulement du sang qui survient dans le frisson, propre à favoriser l'extension et le développement des phlegmasies latentes et déjà préexistantes, peut sans doute en déterminer de nouvelles. Ces phlegmasies ne tardent pas à prendre un caractère particulier: elles tendent à la chronicité. Ce sont des fluxions inflammatoires généralement accompagnées d'œdémate. La rate, le foie, les poumons, les bronches, le péritoine, les plèvres sont ordinairement le siège des inflammations entretenues ou déterminées

par la durée prolongée de fièvres intermittentes.

Je pense qu'on doit distinguer, d'une véritable fluxion inflammatoire accompagnée d'une altération de tissu, d'une altération de sécrétion, les névralgies, les hémorrhagies périodiques, et tous les symptômes propres aux fièvres locales ou larvées. Pendant l'hémicrânie périodique, souvent les paupières se tuméfient, l'œil devient larmoyant, rougit, son pourtour est cerné; mais la sécrétion propre à la conjonctive n'est nullement modifiée; la rougeur de l'œil ne ressemble pas à celle qui caractérise l'ophtalmie: dans ce cas la tuméfaction des paupières et la turgescence des vaisseaux de la conjonctive a bien plus d'analogie avec celle qui accompagne une abondante sécrétion de larmes. Dès que l'accès a cédé, l'œil revient à son état normal.

L'irritation topique propre aux fièvres larvées s'éloigne donc à beaucoup d'égards d'une véritable inflammation.

Je ne doute pas qu'il n'existe de très grandes différences entre les névralgies périodiques, et que ces affections ne reconnaissent souvent des causes très différentes: je suis loin de croire

qu'elles soient toujours des fièvres locales. J'ai vu le tic douloureux de la face se reproduire régulièrement sous le type tierce, et cette affection résister à l'emploi des vomitifs, du quinquina donné à très hautes doses et à l'usage des antispasmodiques les plus vantés, et céder ensuite à l'extraction d'une dent qui n'avait jamais paru le siège de la douleur, et dont la carie qui consistait dans une perforation entre la racine et la couronne avait été jusque là méconnue.

D'autres affections régulièrement périodiques n'ont certainement pas pour cause originelle l'empoisonnement miasmatique, etc., etc. Il est certain que beaucoup de névroses périodiques, résistent à l'usage le mieux entendu du quinquina. Il existe sans doute entre une névrose périodique et une autre névrose périodique la même différence qu'entre la fièvre tierce miasmatique et la fièvre symptomatique amphémérine, qui accompagne les phlegmasies latentes.

P. BRETONNEAU.

médecin de l'hôpital de Tours.

La suite au prochain numéro.

RÉPERTOIRE CLINIQUE.

PRURIT DE LA VULVE. — INJECTIONS MERCURIELLES.

Les femmes éprouvent fréquemment une incommodité bien grande, ce sont des démangeaisons de la vulve, qui reviennent surtout le soir; cette indisposition est plus commune qu'on ne le croit: par un sentiment de pudeur bien naturel, les femmes répugnent souvent à entretenir leur médecin d'un mal qui n'a rien de grave en lui-même. Mais l'affection, ordinairement passagère, devient quelquefois tellement insupportable et si opiniâtre, que les malades veulent à tout prix en être délivrées.

Nous avons connu des dames chez lesquelles ces démangeaisons étaient portées au point qu'il avait fallu renoncer au monde; chez d'autres, elle excitait un orgasme vénérien qui se rapprochait de la nymphomanie; chez les jeunes filles enfin, elles éveillaient souvent de vives sensations qui devenaient l'origine d'actes solitaires que la nature et la morale réprouvent également.

Il importe donc au médecin de savoir remédier à une indisposition qui, si simple en elle-même, a pourtant quelquefois des conséquences si graves. Les lotions émollientes, les bains entiers, les bains de siège, les saignées générales et locales; les injections opiacées, sulfureuses, etc.; etc.; tels sont les moyens ordinairement employés, et chacun de nous sait avec combien peu de succès. Déjà nous avons été conduit par analogie à employer dans ce cas les injections et les lotions avec une solution alcaline de sous-carbonate de soude ou de potasse; nous avons obtenu des résultats rapidement avantageux; mais nous avons vu échouer quelquefois cette médication, et nous avons eu recours à un autre moyen qui manque rarement le but; nous voulons parler des injections mercurielles.

Une dame de trente ans, éprouvait depuis sept années une démangeaison insupportable de la

vulve; cette infirmité revenait à chaque époque menstruelle, et durait alors six ou sept jours; puis elle reparait avec une nouvelle violence dix ou douze jours après. Cette malade s'était adressée à ce que la médecine et la chirurgie avaient de plus recommandable, et les soins les plus attentifs n'avaient apporté aucun changement dans son état. Les bains, les injections narcotiques, les lotions sulfureuses, la diète, les émissions sanguines peut-être exagérées, n'avaient produit aucun bon résultat. Elle s'adressa à nous dans le courant de mars 1833; nous conseillâmes des injections alcalines et la maladie fut six semaines sans reparaitre; le prurit avait cessé dès le deuxième jour du traitement: cependant les démangeaisons se renouvelant quoique avec moins de violence sous l'influence des lotions alcalines, nous recourûmes aux préparations mercurielles; nous prescrivîmes donc la solution suivante: deutochlorure de mercure, deux gros; alcool, quantité suffisante pour dissoudre le sublimé; ajoutez eau distillée, dix onces. Mettre d'abord une cuillerée à café, et successivement jusqu'à trois ou quatre cuillerées à bouche, de cette solution dans une livre d'eau chaude. Se laver à plusieurs reprises et faire plusieurs injections deux ou trois fois par jour, avec cette eau. Pour les injections, il est important de remplir huit ou dix fois la seringue à moins qu'on ne fasse usage d'une seringue à pompe aspirante et foulante, semblable à celles dont se servent maintenant beaucoup de femmes. Après la première injection, le prurit cessa pour ne plus reparaitre; et, ainsi fut guéri en quelques heures, une maladie que rien n'avait pu modifier pendant sept ans. Les injections furent continuées trois fois par jour pendant une semaine; puis on les fit le matin seulement jusqu'au retour des règles; à cette époque on les reprit matin et soir; on les cessa complètement deux jours après la disparition du flux menstruel, pour le recommencer lorsque les règles reparu-

rent. Depuis ce temps, la malade s'est contentée de faire deux ou trois injections à chaque époque menstruelle par précaution seulement; car rien n'indique que les démangeaisons doivent se renouveler.

Déjà plusieurs fois; dans des circonstances analogues, quelle qu'eût été la durée du prurit, à quelque cause qu'on dût le rapporter, nous avons vu que les injections et les lotions de sublimé amenaient une guérison tellement rapide que l'on avait lieu d'en être surpris.

Dans nos prochains numéros, nous ferons connaître les ressources précieuses que les bains et les lotions de sublimé offrent dans presque toutes les maladies chroniques de la peau, qu'elles reconnaissent ou non une cause syphilitique, et nous prouverons par des faits nombreux que cette médication faite prudemment n'a certainement pas plus d'inconvéniens que l'administration intérieure de faibles doses de calomel.

MÉLÈNA INTERMITTENT. — QUINQUINA.

Un jeune homme de vingt-deux ans entre à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le courant de septembre 1833. Il jouissait habituellement d'une bonne santé, et jamais il n'avait éprouvé de maladie du canal intestinal. Quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, il éprouva à 11 heures du matin un frisson, des envies de vomir et quelques coliques. Il alla aux lieux d'aisance, et en se plaçant sur le siège, il vomit une énorme quantité de matières noires et s'évanouit. Cependant il recouvra ses sens, se mit au lit et ne vomit plus dans le cours de la journée. — Le lendemain vers midi, il ressentit encore un peu de frisson, suivi immédiatement d'un vomissement noir qui fut évalué à trois ou quatre livres. Pendant la nuit, il eut des garde-robes également noires. Le lendemain à 11 heures il entra à l'Hôtel-Dieu. — Notre visite était faite, et nous ne le vîmes pas. A 1 heure après-midi, il eut encore un léger frisson, et presque aussitôt il vomit environ cinq livres d'une matière noire, poisseuse, semblable à du goudron liquide, et tout fait identique au vomissement noir des malades atteints de la fièvre jaune. Ce qu'il y avait de très remarquable, c'est que, avant le vomissement noir, il y avait des vomissemens purement bilieux, et, un quart d'heure après, les vomissemens bilieux recommençaient pour durer jusqu'au lendemain. Pendant la nuit, le malade rendit par les selles six ou huit livres d'une matière noire semblable à celle qu'il avait vomie.

Nous le vîmes à 7 heures du matin. Il était profondément pâle, et tellement affaibli que le plus léger mouvement était fort difficile. Le pouls était mou et fréquent. — Nausées continuelles, vomissemens verdâtres et exhalant l'odeur de la bile. Ventre souple et indolent: le foie, la rate, l'estomac ne présentèrent à la palpation rien d'anormal. L'épigastre devenait fort douloureux un peu avant le vomissement noir.

Il était évident qu'une nouvelle hémorrhagie serait mortelle; les trois qui avaient eu lieu s'étaient reproduites à 24 heures d'intervalle, et la dernière avait été plus abondante que la première. Il nous sembla que l'intermittence et la périodicité étaient les phénomènes dominans, et qu'il fallait à tout prix combattre la modification spéciale de l'organisme en vertu de laquelle une

si énorme quantité de sang venait, à une heure fixe, et seulement à cette heure, s'épancher dans le canal intestinal. Nous crûmes à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse hémorrhagique, et notre médication principale fut dirigée d'après cette idée. Toutefois il nous parut convenable de porter en même temps sur la membrane muqueuse gastro-intestinale un agent thérapeutique capable de produire une astriction assez énergique. On prescrivit donc une potion avec trente grains de sulfate de quinine, et un grain d'extrait aqueux d'opium. Un lavement avec décoction de quinquina et laudanum de Sydenham dix gouttes. Trois potions effervescentes de Rivière, en doublant la dose d'acide tartarique. — Eau glacée pour boisson.

La moitié de la potion avec sulfate de quinine fut prise à 9 heures et demie: A 11 heures il y eut un vomissement de sang que l'on put évaluer à une demi-livre tout au plus. Les nausées continuèrent, et pendant la nuit les garde-robes furent noires comme la veille. — Le lendemain matin, les nausées duraient encore, il y avait eu quelques vomissemens bilieux. Le même traitement fut continué pendant quatre jours, etc.; le mélèna ne se reproduisit plus. Les maux de cœur cessèrent au bout de deux jours, et la convalescence ne fut entravée par aucun accident. Le malade sortit de l'hôpital un mois après y être entré. Sa santé était parfaite.

Résumé. — Mélèna revenant chaque jour à la même heure. — Administration du quinquina deux heures avant le retour présumé du quatrième accès. — Accès incomplet. — Continuation du traitement. — Cessation des accidens.

Il nous a semblé que ce malade était atteint d'une fièvre pernicieuse hémorrhagique, et c'est d'après cette idée que nous avons administré le quinquina. La guérison a été immédiate, et il y a quelques raisons de croire que la médication a été utile. Toutefois, nous devons faire observer que les hématomèses les plus graves cessent spontanément après plusieurs jours dans un grand nombre de cas, et que par conséquent on ne peut conclure ici rigoureusement de la médication à la guérison comme cela se pourrait faire dans une fièvre pernicieuse comateuse affectant le type tierce ou quarte.

C'était la seconde fois que nous voyions une hématomèse avec le type quotidien intermittent, et la maladie avait eu la première fois une issue si rapidement funeste que nous n'avons pu rester spectateur dans le dernier cas. — Un jeune soldat était entré à l'hôpital de Tours pour y être traité d'une fièvre intermittente double tierce qui n'avait rien de grave. Huit jours s'étaient passés sans accidens, et sans qu'aucune médication eût été mise en usage, lorsqu'un jour à 10 heures du matin, il survint un frisson violent au milieu duquel le malade vomit environ deux livres de sang: la chaleur et la sueur complétèrent ce paroxysme fébrile. — Cependant, le lendemain matin, il ne restait que de la faiblesse et rien n'annonçait une nouvelle hémorrhagie. Mais à la même heure que la veille il y eut un paroxysme plus violent encore, et au milieu du stade de frisson, un vomissement de sang dont la quantité fut évaluée à cinq ou six livres, jeta le malade dans un état de faiblesse extraordinaire. — M. Bretonneau qui fit la vi-

site le lendemain matin, crut reconnaître une fièvre pernicieuse hémorrhagique et prescrivit trente grains de sulfate de quinine. — Le médicament n'était pas encore administré, quand survint un troisième accès, et bientôt un vomissement de sang considérable, au milieu duquel la vie s'éteignit. — A l'autopsie, il ne fut possible de constater aucune lésion de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Ce triste exemple était encore présent à notre esprit quand le malade de l'Hôtel-Dieu fut confié à nos soins; et l'augmentation croissante des accidens, leur singulière périodicité nous faisaient craindre une terminaison semblable.

Nous avons eu encore à l'Hôtel-Dieu un autre cas de mélæna beaucoup moins grave. Une femme de 35 ans entra à la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris, atteinte d'un vomissement noir qui revenait plusieurs fois par jour depuis deux se-

maines. Il y a quinze jours, qu'ayant ses règles, elle s'était subitement refroidie, le flux menstruel s'était supprimé, et peu d'heures après, le vomissement noir avait commencé. Quand nous vîmes la malade, elle était singulièrement affaiblie; le vomissement était de couleur de goudron et se composait de mucus visqueux tenant en suspension une multitude de petits grumeaux noirs semblables à du marc de café. Nous nous contentâmes de prescrire une limonade sulfurique, et un lavement fait avec la décoction d'une demi-once de ratanhia. — Dans le courant de la journée, le vomissement cessa pour ne plus reparaitre. — Il n'est pas inutile de dire que l'exploration la plus attentive des viscères gastriques ne nous permit de reconnaître aucune lésion organique à laquelle le mélæna pût être rapporté.

A. TROUSSEAU.

Médecin des hôpitaux.

PHARMACIE.

DES EXTRAITS DES PLANTES AROMATIQUES, ET DE CELUI DE VALÉRIANE EN PARTICULIER.

Les extraits aqueux des pharmacies renferment-ils bien tous les principes actifs du végétal qui les a fournis? Ou, en d'autres termes, sout-ils tout ce végétal, moins les matériaux inertes qui entrent dans sa composition?

Cette question qu'on pourrait peut-être résoudre par l'affirmative pour beaucoup d'extraits de plantes inodores, de chiendent, de bourrache, de chicorée, par exemple, ne pourrait l'être que d'une manière dubitative pour beaucoup d'autres tirés de plantes également inodores, de la coloquinte, du séné, de l'aconit, etc.

Mais pour les extraits que nous fournissent la plupart des labiées, ainsi que pour ceux d'une infinité d'autres végétaux dont les propriétés résident essentiellement dans leur odeur, il est certain que loin de représenter, sous un petit volume, toute l'action médicinale de ces substances, ils leur sont, à poids égal, infiniment inférieurs: qu'est la propriété de l'extrait de thym, de safran, de cochlearia comparativement à ces plantes?

Aussi fait-on peu usage des extraits des plantes odorantes; et il n'y a guère que celui de valériane qui fasse exception, quoi qu'on ait écrit, qu'il n'est plus employé et que c'est un médicament inerte. Mais c'est une assertion fautive; l'extrait de valériane, au contraire, est fréquemment employé; un grand nombre de praticiens l'associent journellement à une foule de préparations magistrales, et chacun sait qu'il entre pour un tiers dans les pilules de Méglin. Obtenu au reste, comme il doit l'être, en suivant le *modus faciendi* du codex, sa saveur chaude, amère et piquante et son odeur encore fortement *valérianée* doivent, selon nous, éloigner l'idée d'un médicament inerte.

On peut, dit M. Virey, ajouter à la fin de la concentration des extraits des plantes aromatiques un peu d'huile essentielle et de l'eau distillée de la plante, pour leur rendre l'odeur et

les qualités qu'une longue évaporation a dissipées. En faisant à ces extraits une plus large application de cette idée, nous pensons qu'on peut les obtenir entièrement, ou presque entièrement composés des principes les plus actifs du végétal: c'est du moins ce que paraît nous offrir celui que nous retirons de la valériane par le procédé suivant.

Une quantité quelconque de racine de valériane (*valeriana officinalis*, Lin.), douze livres, par exemple, est mise dans la cucurbite d'un alambic, avec trois fois son poids d'eau. On lute l'alambic, et l'on retire par la distillation le tiers environ de l'eau ajoutée. Cette eau distillée est lactescente, fortement chargée de l'odeur de la valériane et surnagée de quatre gros et demi d'huile essentielle, qu'il faut séparer avec soin. L'alambic ensuite est démonté, le contenu de la cucurbite jeté sur un linge peu serré, au travers duquel s'écoule le liquide, et la valériane, restée sur le linge, soumise à l'action de la presse. Le liquide qui s'en échappe est réuni au précédent, puis ils sont amenés, par une évaporation rapide, à une densité de 24 ou 25 degrés. Dans cet état, leur poids est d'environ 6 livres, et l'on peut les regarder comme un extrait fort peu consistant. On coule alors cet extrait dans un ballon de verre, on verse dessus 6 livres d'alcool à 36 degrés, et ce mélange est abandonné à lui-même pendant cinq ou six jours; seulement il faut avoir l'attention de l'agiter quelquefois. Après ce temps, on le filtre au papier, et la liqueur filtrée est soumise à la distillation du bain-marie, afin d'en retirer l'alcool qui peut encore servir à une semblable opération. Tout l'alcool étant distillé, ce qui reste dans le bain-marie doit être versé dans une capsule de porcelaine, qu'on tient à la chaleur du bain-marie jusqu'à ce que son contenu ait acquis la densité ordinaire d'un extrait. A demi-refroidi, on y incorpore toute l'huile essentielle précédemment retirée, et l'on conserve cet extrait dans un vase à large ouverture, hermétiquement bouché. Son poids est de dix-sept onces.

A. BOUTIGNY, Pharmacien, à Paris.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE MÉTRORRHAGIE, GUÉRIE
PAR L'ERGOT DE SEIGLE.

Madame Leroy, âgée de quarante-quatre ans, mariée à vingt-deux, a eu cinq couches très laborieuses et deux fausses couches suivies d'hémorrhagies, qui ont mis ses jours en danger. Après son dernier accouchement, elle fut huit ans bien portante et bien réglée : au mois d'avril 1832, elle eut le Choléra; elle en était à peine rétablie, lorsqu'elle fut prise d'une perte très-abondante; on eut recours à la diète, à des saignées copieuses et à des médications très variées, sans aucune espèce d'avantage. Ce ne fut qu'après deux mois de repos que l'écoulement sanguin s'arrêta. Les deux mois suivans, il n'y eut point de perte, mais la malade demeura sans appétit et avec des douleurs dans l'hypogastre, le haut des cuisses, les aînes, les reins, le dos, les bras, etc. Au mois de juin, elle perdit un fils, survint une perte nouvelle qui céda spontanément après dix jours de repos. Ses douleurs et son inappétence persistaient, et, à dater de septembre jusqu'en décembre, elle eut, chaque mois, deux ou trois pertes qui n'étaient séparées que par quelques jours d'intervalle. Vers le 6 décembre, tous les accidens s'aggravèrent. Huit jours de repos n'ayant amené aucune amélioration, la malade se rendit à la consultation de M. Lisfranc. L'interne seul la toucha, lui dit qu'elle avait un cancer de l'utérus, et l'engagea à entrer à l'hôpital. Elle y demeura jusqu'au vingt-neuf du même mois, dans les salles de M. Serres qui lui fit garder le repos et la diète. Ennuyée de ne pouvoir entrer dans le service de M. Lisfranc, sa métrorrhagie s'étant d'ailleurs un peu modérée, elle quitta l'hôpital, presque aussi souffrante que lorsqu'elle y était entrée. Trois ou quatre jours après sa sortie, les accidens augmentèrent de nouveau; elle rendit de gros caillots de sang, altérés et répandant une odeur forte et désagréable. Cet état durait depuis huit jours lorsque je vis la malade. Je lui trouvai un teint jaune paille, entièrement décoloré, un pouls filiforme, et les douleurs dont j'ai parlé plus haut. La perte marchait toujours : je touchai pour m'assurer de l'état de l'utérus; je le trouvai, affecté d'antéversion, et à un pouce et demi de la vulve. Le col me parut dans l'état où on le trouve chez les femmes qui ont fait plusieurs enfans; son ouverture étant assez dilatée, j'introduisis le doigt dans la cavité de la matrice et je ne constatai la présence d'aucun corps étranger. Le poids de cet organe était beaucoup plus considérable qu'il ne l'est à l'état normal.

Expulser les caillots dont je soupçonnais l'existence dans la matrice et faire cesser la métrorrhagie, telle fut l'indication qui me parut la plus pressante à remplir. La malade prit, suivant la méthode conseillée par MM. Trousseau et Maisonneuve, six gros d'ergot de seigle en cinq jours. Les deux premiers jours, légère sensation d'ivresse; expulsion de caillots volumineux altérés, infects, avec des douleurs qui rappellent celles de l'enfantement. Le troi-

sième jour au matin, absence des phénomènes cérébraux, deux ou trois coliques légères, et seulement deux ou trois gouttes de sang non altéré sur le linge. Dans le courant de la journée, plus rien. Les deux jours suivans il y eut un mieux prononcé et absence totale de la métrorrhagie et des coliques. Dès lors la malade fut alimentée et prit des pilules de sous-carbonate de fer et d'oxide de bismuth. L'appétit se développa aussitôt, la digestion se fit à merveille, la coloration et les forces revinrent, et aujourd'hui cette dame a de l'embonpoint et jouit d'une santé parfaite.

P. DELCROIX.

Paris 1^{er} septembre 1833.

STRABISME NERVEUX.— GUÉRISON.

M. L***, âgé de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, vit son avenir social détruit par les événemens de 1830. Dès ce moment, il tomba dans une grande mélancolie. M. L*** a des idées religieuses qui l'ont fait vivre jusqu'à ce moment dans une continence absolue; il a été toute sa vie occupé d'études sérieuses, et dans ces derniers temps, pour occuper son esprit, il s'est livré avec une ardeur excessive à l'étude de la langue allemande. Il est resté trois mois de suite enfermé dans son appartement, et il est facile de comprendre que sa disposition à l'hypocondrie n'a pu que s'augmenter par cette application de l'esprit et cette réclusion absolue. Le 1^{er} octobre dernier, il éprouva pendant deux nuits de suite des érections continuelles. Le jour suivant, à son réveil, il fut fort effrayé en s'apercevant qu'il y avait une altération telle dans sa vision, qu'il voyait les objets doubles et très confus. Il éprouvait en même temps une douleur vive au sommet de la tête, il se leva, et ce ne fut qu'avec peine qu'il parvint à l'extrémité de son appartement. Là, il s'aperçut que ses yeux présentaient un strabisme tel, que les deux pupilles, surtout la gauche, se cachaient sous l'angle interne des yeux. Je fus appelé près de lui, je n'avais que peu de questions à lui faire, je connaissais sa vie; j'interrogeai son pouls, nul désordre dans la circulation; j'examinai ses organes, tout était dans l'état normal, excepté les yeux et le trouble qui en résultait.

Je fus convaincu que c'était un état purement nerveux; j'ordonnai un bain tiède d'une heure de durée avec affusion continue d'eau froide sur la tête, sortie en voiture, le malade étant hors d'état de marcher; nourriture plus succulente que celle ordinaire. Le malade pouvait lire en tenant fermé un de ses deux yeux, je conseillai la lecture d'un livre amusant, mais ne nécessitant point une grande application d'esprit. Tout fut exécuté avec l'exactitude qui est propre aux hypocondriaques. Le lendemain matin, le malade était mieux, son mal de tête avait disparu, son strabisme était diminué; mais il ne pouvait point encore se conduire. Les mêmes moyens furent continués, et me défiant de sa tendance aux études sérieuses, bien qu'il ne sut point dessiner, j'exigeai qu'il copiât des

images ; quatre jours de ces moyens combinés, ont amené une guérison complète.

Paris, 1^{er} oct. 1833.

A. LEBRETON.

NÉVRALGIE,

Guérie par l'application de l'éther nitrique.

Travaillé depuis 1815 par une névralgie périodique, qu'avaient déterminé des coups violens qui ont produit un enfoncement de la table externe de l'arcade sourcilière gauche, avec atrophie incomplète du globe oculaire, et perte totale de l'organe visuel de ce côté, j'ai été tellement tourmenté par cette affection morbide, que j'ai passé des mois entiers dans les souffrances les plus vives. Les paroxysmes étaient si longs et si véhémens, qu'ils m'obligeaient à me confiner dans l'appartement le plus obscur et le plus retiré de la maison. Pendant leur durée, un froid des plus intenses glaçait toutes les parties de mon corps, et ma tête, comme pour éviter des coups répétés qui semblaient la frapper à chaque instant, était livrée pendant dix heures, aux saccades les plus violentes.

Je laisse à penser si un pareil état de choses, qui m'empêchait de vaquer à mes occupations habituelles, et ruinait de plus en plus ma santé, devait fixer mon attention. En vain j'avais employé tour à tour les anti-spasmodiques les plus actifs, les saignées générales et locales, les bains fortement sinapisés, le sulfate de quinine à forte dose, tantôt seul, tantôt associé à la valériane, le piperin par l'estomac comme en lavement, l'acétate de morphine par la méthode endermique, enfin les émétiques, et les purgatifs, etc. Je n'étais jamais parvenu à modifier l'intensité des paroxysmes, qu'en employant l'extrait de jusquiame blanche, à la dose d'un grain matin et soir. Mais loin de me délivrer de cette redoutable maladie, je ne faisais que la rendre supportable.

Un jour le paroxysme fut si violent que l'emploi des moyens thérapeutiques qui jusque-là avaient procuré quelque soulagement, ne produisirent aucun effet. Comme poussé par le désespoir, je portai automatiquement la main à un flacon qui renfermait de l'éther nitrique; et sans m'embarrasser de ce qu'il en résulterait, j'en imbus une compresse carrée, pliée en plusieurs doubles que j'appliquai sur la partie malade, et dans la direction du nerf sus-orbitaire. A peine s'était-il écoulé dix minutes, que je sentis ma tête tellement tendue, qu'elle me parut ne plus faire partie de mon corps; je m'assoupis pendant deux heures, et à mon réveil, je me trouvais baigné de salive. La partie sur laquelle j'avais appliqué la compresse, fut tuméfiée et comme couverte d'un érysipèle phlycténoïde qui n'eut d'autre suite que l'épanchement d'un liquide roussâtre, et la desquamation de l'épiderme.

Comme en pareil cas l'on craint toujours le retour des paroxysmes, tant ils sont à redouter; j'attendais l'heure paroxystique du lendemain avec anxiété, mais je n'en fus que pour mes craintes, la douleur disparut, et j'eus à me glorifier d'un résultat si heureux et inattendu.

Depuis cette époque, j'ai eu occasion d'employer ce moyen avec un égal succès tant sur moi, que sur d'autres malades atteints de la même affection, quoique la cause en fût différente.

A l'appui de ce que j'avance. Je pourrais citer une infinité d'observations authentiques, mais mon intention étant uniquement de faire connaître un moyen si précieux et si efficace, j'ai cru inutile d'entrer dans des plus longs détails.

La dose de l'éther nitrique, est de trois gros; pour une compresse comme celle que nous employons dans la saignée.

GUILLO.

Prades, 28 août 1833.

AVORTEMENT DE TROIS ENFANS DE SEPT MOIS; deux du sexe masculin, l'autre du sexe féminin; tous étant issus vivans, et ayant chacun son placenta.

La dame Vincent, habitant le hameau de Villaré, commune de Litry, département de Seine-et-Marne; âgée de quarante ans, mère de six enfans en six grossesses, atteinte vers le 25 avril 1832 de l'épidémie régnante à cette époque, restée valétudinaire jusques en mars 1833, et à peine tous les mois rendant quelques gouttes de sang par la menstration; pour la première fois depuis l'invasion du choléra, cohabite avec son mari, et conçoit vers les premiers jours du même mois de mars. Peu de temps après elle éprouve un malaise insolite, devient faible, en pouvant faire une promenade d'un quart d'heure sans perdre connaissance, ne pouvant pour toute nourriture qu'user de bouillon, et de quelques cuillerées de bouillie; cette dame passe sept mois dans cet état pénible, et le 3 octobre ayant aidé son batteur à lever cinq mesures de blé, elle éprouve une sensation toute particulière vers le rein gauche! huit jours s'écoulent sans autre difficulté que celle de ne pouvoir marcher; la nuit du neuvième jour, cette personne est prise à deux heures de vives douleurs vers la région utérine et sacrée, à trois heures du matin elle accouche d'un garçon vivant, gros, gras, et d'une blancheur remarquable; après ce travail, madame se croit en repos, mais de vives douleurs se déclarant de nouveau, elle me fait appeler. J'arrive vers six heures, et sitôt mon arrivée, je lui déclare que les douleurs qu'elle éprouve sont occasionées par la présence d'un nouvel enfant, et je lui promets une prochaine délivrance; effectivement, à six heures et demie une petite fille est expulsée par les douleurs utérines, et peu après de nouvelles douleurs donnent naissance à un garçon vivant, un peu moins gros néanmoins que les deux autres.

Cette femme épuisée, demande à se coucher en attendant l'expulsion de l'arrière-faix, les douleurs se faisant attendre, j'exerce de légères pressions sur l'utérus, et à l'instant elle me dit que son délivre va sortir, alors je porte ma main sur le cordon, et sans peine j'entraîne un placenta, disant à la matronne qui était à mes côtés que ce n'était pas le tout, effectivement en regardant attentivement, j'aperçois un autre cordon sur lequel j'exerce une pression qui détache le placenta; ne doutant nullement qu'il n'y en eût un troisième, j'introduis ma main dans les grandes lèvres, et exerçant encore une nouvelle pression sur le cordon, j'emmène un nouveau placenta, moins volumineux que les deux précédens.

La mère, satisfaite d'être délivrée, et n'éprouvant plus de douleurs, me prie d'avoir soin des nouveaux venus, voyant leur existence bien fragile, et la demeure du curé étant loin de chez elle, je me mets à les ondoyer, ce qui fut fait une heure après leur naissance; ces petits êtres sont morts dans la matinée, et la mère est bien.

Cette observation me paraît curieuse, en ce sens, que la personne qui en fait le sujet

ait été pendant onze mois dans un état permanent de souffrances, et que dans cette condition elle ait eu une telle aptitude à concevoir (car depuis onze mois elle n'avait pas supporté l'approche du mari), et que les fœtus aient acquis une organisation et un développement aussi parfait, la mère étant dans une aussi grande débilité.

SAUSSOT, D. M.

15 oct. 1833.

II. INSTITUTIONS MÉDICALES.

Au moment où en France, comme en Angleterre, il s'agit d'une grave question de réforme médicale, nous avons cru devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le rapport que M. Double a fait à l'Académie royale de Médecine. Nous l'avons donné tout entier, afin que chacun pût juger avec plus de facilité.

Nous n'avons ajouté aucune réflexion, nous réservant de discuter ultérieurement quelques unes des propositions de M. Double.

RAPPORT SUR UN PLAN DE RÉORGANISATION DE LA MÉDECINE EN FRANCE.

Sur la fin de 1829, a dit l'honorable rapporteur, le ministre de l'intérieur adressa à l'Académie une série de questions ayant trait à la réorganisation de la médecine. Une commission fut nommée pour les examiner, et commença dès lors son travail. Mais la pensée qui présidait au plan du gouvernement d'alors, et à laquelle il paraissait tenir fortement, de soumettre les médecins à des conseils de discipline; où entraient de droit les préfets et les procureurs du roi, devait jeter tout d'abord du découragement dans les travaux de la commission; aussi ne procéda-t-elle qu'avec lenteur. La révolution de 1830 rompit le cours de ses recherches, et l'épidémie cholérique, qui absorba naguère toute l'attention des médecins, avait contribué à les faire oublier. À fait, lorsque, par une lettre du 30 juillet dernier, le ministre de l'instruction publique a rappelé ce sujet à l'Académie, et réclamé sa réponse si long-temps suspendue.

La commission ancienne s'est donc trouvée reconstituée, et a examiné les matières qui lui étaient soumises avec tout le soin qu'elles méritaient. Elle a consacré à la discussion vingt-neuf séances; elle a cherché à s'entourer de toutes les lumières, à peser toutes les raisons pour et contre; elle a considéré qu'elle était, dans cette circonstance, la sentinelle avancée du corps médical, et qu'elle combattait *pro aris et focis*. Il est satisfaisant de pouvoir dire par avance que, sur chacun des points qu'elle a eus à discuter, ses décisions ont été prises à l'unanimité.

Il y a près d'un siècle déjà que la nécessité d'une réforme médicale était vivement sentie en France: Dès long-temps avant la révolution, qui fit table rase, les institutions médicales tombaient en ruine et ne répondaient plus ni aux besoins, ni aux lumières de l'époque. Lorsque, dans un siècle plus reculé, les premiers corps médicaux s'étaient formés, c'étaient des corporations fondées sur des privilèges spéciaux; parce que le privilège était alors le seul moyen d'échapper à la loi commune de servitude; mais, quand plus tard l'égalité se fût glissée dans les mœurs, ces privilèges devinrent une contradiction choquante, et que l'opinion avait réprouvée avant qu'ils eussent été abolis par la loi.

Dès que la révolution eut commencé, les divers gouvernements qui se succédèrent cherchèrent à faire participer la médecine aux améliorations répandues sur le corps social tout entier. Parmi les travaux publiés sur ce sujet, le premier par la date, et le premier encore par son importance, est celui qui fut adressé, en 1790, par la société royale de médecine à l'assemblée constituante. Un second rapport fut fait, en 1791, par M. de Talleyrand-Périgord. En 1792, un nouveau plan se produisit au grand jour, le plus remarquable peut-être par l'enchaînement des vues théoriques, malheureusement aussi le moins riche en conséquences pratiques véritablement applicables. La convention même trouva le temps de s'oc-

cuper des institutions médicales, et fit rouvrir l'école de médecine; et depuis, le conseil des cinq-cents; le consulat, l'empire ont renouvelé, modifié, accru la somme des lois et des réglemens relatifs à notre profession.

Et ce n'est pas seulement de nos jours que les gouvernements ont senti l'importance de relever l'éclat des institutions médicales. Dès les commencemens de l'université de France, la médecine y fut comprise; plus tard elle en constitua une des quatre facultés; et depuis l'édit du 1^{er} juin 1452, premier code des institutions médicales en France, on n'a guère cherché à régulariser l'instruction publique sans étendre ces vues de réformes à la médecine.

Entourée de tous ces débris d'un âge déjà ancien et d'une époque toute récente, la commission a cru devoir les recueillir, non à titre d'autorités, mais comme simples documens; disposée à tout consulter, mais à tout peser à la fois; et regardant le passé, non comme un droit, mais comme un résultat d'expériences bon à connaître pour l'avenir. Sa tâche n'était pas d'ailleurs de tracer un plan complet et universel de réforme médicale; chargée uniquement de répondre à des questions nettement circonscrites, elle a dû prendre sa mission telle qu'on la lui avait faite, et se restreindre dans des limites qui lui étaient imposées.

Un fait immense, un fait imprescriptible et irréfutable a dominé tous ses travaux, savoir: la liberté de l'enseignement garantie par la charte de 1830. L'article 69 porte en termes formels: « Il sera pourvu successivement par des lois séparées, et dans le plus court délai possible... à l'instruction publique et à la liberté de l'enseignement. » Réclamée surtout par les médecins, la liberté de l'enseignement se présente pour eux avec tous ses avantages et dépourvue de tous ses inconvéniens; l'instruction qu'elle apporte profite à la fois à ceux qui la reçoivent et à tous les citoyens, à qui elle donne plus de garanties; et tant de raisons militent d'ailleurs en sa faveur que la commission n'hésite pas à déclarer hautement que « le monopole de l'enseignement devient absurde, surtout en médecine. »

Voici par avance un résumé des questions agitées et résolues dans ce rapport.

La question des officiers de santé méritait d'être traitée la première; la commission a été amenée à demander la suppression de cette institution, ainsi que des jurys médicaux et de leurs promenades officielles dans les départemens.

Elle a songé à doter la médecine d'une sauve-garde nouvelle et puissante, par la création de conseils médicaux de départemens, qui seront, pour les médecins isolés dans les provinces, un moyen de rapprochement et d'action.

Elle réclamera la suppression complète des remèdes secrets proprement dits, plaie jusqu'à présent incurable de la médecine. Éclairée par des recherches historiques approfondies, elle espère indiquer les moyens de la gué-

rir, en satisfaisant à la fois l'intérêt général et l'intérêt des particuliers.

Dans un chapitre très étendu, et qui se composera de nombreux articles, elle poursuivra tous les abus qui se sont glissés dans l'enseignement et dans l'exercice de l'art de guérir; en prenant soin d'indiquer, à côté du mal, les moyens d'y remédier. Pour donner une idée de l'importance des questions qui y seront traitées, l'honorable rapporteur cite en exemple l'admission des médecins, étrangers au bénéfice de l'exercice de la médecine en France, les délations imposées par le pouvoir, la responsabilité médicale, les patentes, etc.

Enfin, la commission terminera son travail en recherchant les abus qui se sont glissés dans l'exercice de la pharmacie. Elle demandera que la préparation, la composition, la vente des remèdes soient réservées uniquement aux pharmaciens; qu'on isole nettement et absolument la pharmacie de la droguerie et d'autres professions, qui tous les jours tentent d'empiéter sur elle; et là trouvera aussi sa place la question de l'utilité ou de la nécessité du *codex*.

Après avoir donné et aperçu des travaux de la commission, entrons franchement en matière.

— En première ligne, ainsi qu'il a été dit, se place la question des officiers de santé. Elle a paru en effet à la commission dominer tous les autres, et de la solution de ce point capital et décisif dépend toute la nouvelle organisation médicale. La question posée par le gouvernement est ainsi conçue :

— « *Peut-on, sans inconvénient, renoncer à avoir deux ordres de médecins ?* »

Pour y répondre avec pleine connaissance de cause, voyons d'abord ce qui existait autrefois en France, comparé à ce qui existe aujourd'hui, et en regard des institutions médicales des peuples voisins.

Des études préliminaires, longues et solides, un diplôme conquis dans la faculté des lettres, et même récemment encore un autre diplôme exigé dans la faculté des sciences, quatre années d'inscriptions prises dans une faculté, cinq examens, couronnés par une thèse inaugurale; des dépenses qui, pour les droits universitaires et le diplôme, s'élèvent à 1,200 francs environ, telles sont les obligations que doivent remplir actuellement les docteurs en médecine ou en chirurgie.

Des études préliminaires, nulles ou insignifiantes, trois années d'études près d'une faculté ou dans une école secondaire, qu'on peut remplacer par six années de présence dans un hôpital ou d'études près d'un docteur, trois examens, le plus souvent dérisoires, une dépense qui s'élève pour les droits universitaires et le diplôme à 250 ou 300 fr. au plus, voilà ce que l'on exige des officiers de santé.

Aux premiers est réservé le droit d'exercer dans toute sa plénitude et par tout le royaume. Les droits des seconds ont été limités sous quelques rapports; mais les restrictions ont été constamment illusoire, les docteurs en médecine reculant devant les soucis et le scandale d'une poursuite, et les tribunaux hésitant même à appliquer la loi dans toute sa rigueur.

Avant le décret du 18 août 1792, portant suppression des universités et des grades qui y étaient conférés, il y avait en France deux classes de praticiens qui répondaient assez bien à l'organisation actuelle, 1^o des docteurs reçus dans les facultés et des maîtres en chirurgie, que représentent les docteurs en médecine; 2^o des chirurgiens reçus par les lieutenans du premier chirurgien du roi, et qu'on peut comparer à nos officiers de santé. Il est même juste de convenir que ceux-ci sont en général plus instruits que ne l'étaient ces chirurgiens-barbiers de bas étage; mais cet accroissement de lumières n'est pas propre seulement à la médecine, et on le trouve également dans toutes les professions.

Considérons maintenant ce qui a lieu chez les nations voisines.

En Angleterre, les pharmaciens (*apothecaries*) ont le droit d'exercer et de prescrire les remèdes qu'ils préparent; ils forment véritablement une classe de praticiens inférieurs aux physiciens (*physicians*), médecins d'un ordre supérieur.

En Prusse, en Allemagne, en Italie, on reçoit à part

les chirurgiens et les médecins; mais partout comme jadis chez nous, à quelques sommités que leur talent élève au premier rang, les chirurgiens en général, et même quelques-uns des médecins composent la classe inférieure, et servent le plus ordinairement d'aides et de serviteurs aux autres.

Ainsi dans cette vue générale, nous rencontrons partout deux ordres de praticiens. En conclurons-nous qu'un tel état de choses doit être notre règle, et que le passé doit faire ici la loi à l'avenir? Tout au contraire; et puisque ce passé ne répond plus aux besoins irrésistibles de la société nouvelle, puisque de toutes parts s'élèvent des réclamations unanimes, il est trop évident que c'est dans cette organisation même qu'il faut chercher les causes du malaise qui nous tourmente, et que les erreurs du passé doivent nous servir de leçons. Appelée précisément à corriger les défauts de la législation ancienne, la législation nouvelle doit avant tout se montrer supérieure à l'autre; ce n'est qu'à condition de nous écarter de la route jusqu'à présent suivie, que nous pouvons faire autrement et faire mieux.

Et d'abord, cette idée de créer par une loi deux ordres de médecins inégaux en droits, en lumières, en capacités, répugne ouvertement à la raison et à la justice; l'humanité même en est sérieusement blessée. Quoi donc! Il y aura une partie de la population à qui seront réservées toutes les ressources de l'art de guérir, et une autre partie livrée par avance aux erreurs, aux fautes, à l'ignorance d'une classe de praticiens inférieurs! Un pareil privilège n'est plus admissible en France; il serait odieux, il est absurde. Au lieu de chercher à rabaisser les intelligences en leur imposant un niveau inférieur, il faut tendre à les élever de plus en plus; il faut que la science soit accessible à tous; mais que tous soient obligés de cultiver également la science. C'est tout au plus si nos Facultés, avec les conditions qu'elles exigent de leurs élèves, avec leurs immenses moyens d'instruction, avec leurs nombreuses épreuves, peuvent parvenir à créer des médecins qui ne soient pas au-dessous de leur mission; comment voudrait-on confier la santé des citoyens à des officiers de santé, privés tout à la fois des connaissances préliminaires indispensables à la médecine, des instrumens d'étude, et qu'on s'empresse de recevoir sans leur donner même le temps d'étudier. Si dans tous les arts les demi-connaissances sont nuisibles, à plus forte raison en médecine, où les moindres erreurs peuvent devenir irréparables et mettent en péril la vie des citoyens.

Créer des supériorités par un article de loi est absurde, et répugne à la force des choses. Les défenseurs de l'institution des officiers de santé disent qu'il n'est pas besoin de si hautes capacités médicales pour les campagnes, qu'ils se rassurent, les médiocrités ne manquent jamais! C'est une loi de l'humanité à laquelle le législateur ne saurait porter remède; mais son devoir à lui est seulement de stipuler pour la société toutes les garanties qui sont à la fois possibles et nécessaires. Toutes ces garanties se résument dans le diplôme de docteur qui, sans doute, ne saurait donner à tous une égale capacité, mais qui donne à tous la même valeur légale; comme le poinçon à l'or, comme l'effigie du prince à la monnaie du royaume. (Rumeurs et murmures. L'orateur est interrompu durant quelques instans).

Telles sont, reprend l'honorable rapporteur, les raisons qui militent pour la suppression des officiers de santé; mais les objections n'ont pas manqué contre cette mesure; il s'agit maintenant d'en apprécier la valeur.

Premièrement, nous dit-on, si vous exigez pour un diplôme de médecin des dépenses si considérables de temps et d'argent, il arrivera que beaucoup d'intelligences fortes, profondes, seront écartées de la carrière, beaucoup de vocations repoussées. De là un double dommage, d'une part pour des individus, dont l'avenir sera perdu; d'autre part pour la science, à qui ces capacités que vous rejetez auraient pu imprimer une marche ascendante et glorieuse.

De plus, ces dépenses auxquelles vous assujettirez les petites fortunes amèneront nécessairement le désir bien naturel d'une rémunération proportionnée, et comme les grandes villes seules ont le privilège d'offrir un avenir

brillant à l'ambition, cette masse de docteurs que vous allez créer viendra s'entasser dans les grandes villes, et laissera les campagnes livrées à des charlatans qui n'ont pas même l'intention à alléguer en leur faveur, ou bien encore à des sœurs de Charité dont le zèle fort louable ne saurait pourtant déguiser l'ignorance et l'impéritie.

Cette objection se réduit à ceci; que le prix trop élevé du doctorat repoussera des hommes qui auraient pu être la gloire de la science, et livrer les campagnes à des charlatans.

La réponse est facile à faire. Et d'abord, pour arriver à une profession qui promet à la fois de l'aisance, de la gloire, autant d'indépendance qu'aucune autre en puisse donner, sans risque à courir ni dans les biens, ni dans l'honneur, qui assure à tous ses membres une bonne position sociale, et enfin une existence au moins passable, est-ce réellement un trop grand sacrifice que celui de quatre à cinq années d'études et de 1,100 fr. de dépenses? Dans un moment où une jeunesse nombreuse encombre toutes les carrières; où les fortunes égalisées par la division des terres en donnant à tous les pères de famille le pouvoir de faire des économies, leur en ont inspiré le goût, est-on fondé à craindre que la médecine manque de concurrens, et que les exigences si modérées de la loi en défendent trop sévèrement l'entrée? Mais où donc est la profession placée aussi haut dans l'échelle sociale, et qui demande moins aux aspirans? Nous trouvons partout sous des noms divers, le stage, le surnumérariat, la cléricature, etc. Prenons pour exemple cette école célèbre de laquelle on s'honore même d'avoir été l'élève, l'école polytechnique, et comparons-la à la médecine sous ce double rapport des sacrifices et des avantages? Après les études préliminaires communes à toutes les professions libérales, l'aspirant à l'école polytechnique est obligé de consacrer deux ou trois années à des études spéciales pour se mettre en état de concourir. Le concours arrive, à peine compte-t-on sur cinq candidats un élève admis; telle est la terrible chance qui peut ruiner pour un moment les espérances des quatre autres. L'élève entre à l'école, et il est obligé d'y passer deux ans. Or, qui ne sait pendant ces deux années quels efforts il aura à faire seulement pour se maintenir dans les rangs? enfin les deux années expirent; il faut maintenant passer dans des écoles spéciales, enfin ils sont nommés à une place de lieutenant d'ingénieur, aux appointemens de 1,500 à 3,000 francs; et avec la perspective d'un avancement toujours fort éloigné et incertain.

Nous imposons des dépenses trop fortes! en vérité, ceci est risible. Mais dans les autres professions, les mises de fonds, les cautionnemens, les achats de charges et de marchandises, ne sont-ce pas là des avancés bien autrement considérables? et puis d'ailleurs, il est facile encore de réduire ces dépenses; multipliez les lieux d'instruction; que les jeunes gens trouvent plus près de leurs familles l'instruction qu'ils sont obligés d'aller chercher à de si grandes distances; car, pour nous, ce que nous voulons seulement, ce qui nous importe, ce sont les garanties; et c'est pour cela que nous demandons même des épreuves plus rigoureuses et plus difficiles qu'à présent.

Et ne craignez pas qu'à mesure que les épreuves seront plus sévères, les candidats se rebutent et que le nombre en diminue; la rigueur des examens de l'école polytechnique, en augmentant la considération qui se répand sur les candidats admis, n'a fait qu'accroître l'émulation et le nombre des aspirans.

Mais d'ailleurs, pour élever une telle objection, nos Facultés sont-elles désertes? Jamais l'affluence ne fut si considérable. Se plaindrait-on par hasard de la disette des médecins? On se plaint à plus juste titre de leur trop grand nombre.

On dit encore, mais les communes rurales possèdent en général trop peu de richesses, de lumières, de distraction même pour satisfaire l'intelligence et l'ambition d'un docteur en médecine. Quoi donc! ne dirait-on pas que les officiers de santé sont moins sensibles que les docteurs à tous ces avantages? La preuve du contraire est tous les jours sous nos yeux; les officiers de santé ont quitté les campagnes pour les villes; ils y exercent à l'égard des docteurs; ils ont grand soin de se faire également retribuer.

Un des besoins de la médecine actuelle est, sans contredit, une répartition plus égale des médecins selon la population, en même temps qu'une répartition plus égale de lumières parmi les médecins. La médecine n'est pas seulement un art, c'est aussi une industrie, qui doit donner à chaque service rendu son salaire. Sans doute il serait à désirer, pour parvenir à ce but, qu'on pût enrichir les contrées pauvres et peupler celles qui sont désertes; mais si ces améliorations ne sauraient s'acquérir qu'après un long laps de temps, il est cependant des mesures sages qui peuvent jusqu'à un certain point les suppléer. Ainsi le nombre des docteurs ira en augmentant dans les campagnes, quand ils n'auront plus à craindre d'être confondus avec les officiers de santé; quand chacun d'eux, rempli de la dignité de sa profession, ne verra pas s'élever près de lui une ignoble concurrence, et offrir la science au rabais. Il faut bien l'avouer, la plupart des officiers de santé, n'ayant pas pour se diriger les souvenirs d'une bonne éducation première, ne suivent pas toujours dans leur conduite privée les voies les plus honorables; et quant à leur science, loin d'augmenter le peu de connaissances qu'ils ont pu acquérir, l'isolement où ils vivent leur fait trop vite oublier. De là pour les docteurs une répugnance justement fondée à se mêler à de tels hommes. Faites cesser cette cause d'éloignement, et soyez sûrs que les campagnes ne resteront pas long-temps sans médecins.

Un autre motif contribue à les y rappeler. Dans un siècle où le problème social tout entier se résout dans l'intérêt matériel satisfait, la médecine, qui procure la santé, est un des premiers besoins. Les habitans des campagnes ne semblent pas avoir bien compris encore cette vérité; il est vrai de dire que si beaucoup d'entr'eux demeurent privés des secours de l'art, c'est qu'ils ne veulent pas les payer; et sur ce point, docteurs ou officiers de santé, ils n'établissent entr'eux aucune différence. Quand l'instruction sera plus répandue, le peuple arrivera à mieux connaître le prix du temps, et par suite le prix de la santé; et l'inconvénient que nous signalons diminuera beaucoup, quoique jamais peut-être nous n'espérions le voir entièrement disparaître.

Enfin, dit-on, la loi a remédié à l'ignorance présumée des officiers de santé en statuant les cas où seraient obligés d'appeler un docteur. Mais cette délimitation, problème qui n'a pu être résolu, même en théorie, est bien autrement difficile à résoudre dans la pratique, surtout pour les cas graves que la loi n'a pu signaler. Ainsi tantôt c'est l'officier de santé qui ne veut pas appeler un docteur, et tantôt c'est la famille qui craint d'avoir deux médecins à payer, et ainsi dans les maladies les plus menaçantes l'officier de santé décide seul de la vie ou de la mort. C'est un fait qui se renouvelle tous les jours et dont la gravité ne saurait se dissimuler. On remarque que presque tous les orateurs qui ont pris la parole au Corps Législatif sur la loi d'organisation de la médecine, étaient frappés de la crainte que cette institution des officiers de santé ne répandît sur toute la France une masse de praticiens ignorans; ces craintes ne se sont que trop réalisées.

Que ferait-on cependant pour assurer aux campagnes le nombre de médecins dont elles ont besoin?

Avant la révolution, dix-huit Facultés étaient en possession de recevoir des docteurs en médecine; il est vrai qu'il y en avait moitié auxquelles on rougissait d'appartenir. Plus tard, lorsqu'il s'agit de réorganiser l'instruction, Condorcet proposa la création de neuf lycées, à chacun desquels serait attachée une Faculté. Aujourd'hui nous ne comptons que trois Facultés en France; mais en en érigeant trois autres, ainsi que la proposition en avait été faite en 1825 à la chambre des pairs, savoir: une à Lyon, une à Rennes ou à Nantes, la troisième à Toulouse ou à Bordeaux, on aurait un total de six Facultés qui répondraient à tous les besoins. On trouverait un enseignement complet sur tous les points du royaume; les élèves, moins éloignés de leurs familles, perdraient moins le souvenir de leur pays; les agglomérations d'élèves, sans être trop nombreuses, le seraient assez pour entretenir l'émulation; on aurait tous les avantages désirables.

Mais pour retirer de ces établissemens tout le fruit

qu'on aurait lieu d'en espérer, la première chose à faire serait d'assurer aux professeurs une complète indépendance; il faudrait que leur nombre, fixé par un article de loi, ne pût être changé que par une autre loi. Les docteurs reçus dans le pays même s'y répandraient bientôt naturellement, on pourrait d'ailleurs attacher des avantages à certaines réceptions, en imposant aux candidats la condition de s'établir dans une commune rurale. Enfin, le droit d'exercice dans les campagnes serait de beaucoup inférieur à celui qu'on exigerait pour les villes populeuses.

Enfin, nous avons à signaler comme mesure nouvelle la plus efficace pour répandre des médecins probes et éclairés dans les campagnes, la création de médecins cantonnaux.

Trois grands intérêts sociaux appellent la sollicitude des gouvernements sur les populations qu'ils administrent: les intérêts religieux, les besoins moraux et intellectuels, les intérêts matériels. Depuis long-temps on a pourvu aux premiers par la création des curés dans chaque village, une loi récente, en multipliant le nombre des instituteurs, vient de satisfaire aux seconds, les derniers réclament encore et ne sont pas moins dignes d'être écoutés.

Pour prévenir d'abord les objections principales, lions-nous de dire que la création de ces médecins cantonnaux ne sera point une mesure de rigueur et applicable à toute la France. Nombre de départemens, plus favorisés que les autres par la richesse du sol, par la beauté du climat, attirent assez de médecins pour les besoins de la population; ceux-là pourront déjà être exceptés. Dans les départemens même les plus pauvres, il ne sera pas encore nécessaire d'en nommer dans tous les cantons. Nous dirons plus: le besoin ne s'en fera sentir que dans le plus petit nombre. Prenez pour exemple l'Ariège, l'un des départemens auxquels cette mesure sera le plus profitable: sur vingt cantons, six au plus réclameront des médecins cantonnaux. Dans le Haut-Rhin, où depuis dix ans cette institution existe et fait sentir sa salutaire influence, sur vingt-un cantons, dix seulement ont leurs médecins spéciaux. Dans le Bas-Rhin, la même mesure a produit également d'heureux résultats.

Ceci peut servir à réfuter déjà l'objection qui se fonderait sur un accroissement énorme de dépenses. Suivez maintenant le projet dans ses détails. Ces médecins cantonnaux ne pourraient être nommés que par les conseils municipaux, approuvés par les conseils d'arrondissement. Les communes, le canton, le département contribueraient, chacun pour sa part, aux allocations de ces médecins, ce qui réduirait la dépense en la partageant; et déjà l'on y ferait face en partie avec les fonds destinés aux vaccinations, dont les médecins cantonnaux demeurerait naturellement chargés.

Ajoutez qu'à mesure que la richesse du pays augmentera, le nombre des médecins cantonnaux pourra être diminué et les allocations être moins fortes. De plus, dans cette foule d'établissements industriels qui s'élèvent sur tous les points de la France, beaucoup emploient assez d'ouvriers pour avoir besoin d'attacher un médecin à l'établissement. Là où existe un autre médecin, un médecin cantonnal devient une superfluité. Enfin, il est permis de prévoir une époque où l'utilité bien reconnue de cette institution dépassera l'utilité des hôpitaux des villes peu populeuses. Quand ce sentiment aura pénétré dans les esprits, les legs, les donations, qui se font de nos jours à ces hôpitaux, ne se reporteront-ils pas naturellement sur l'institution des médecins de canton, ce qui diminuera d'autant les charges des départemens et des communes?

Jusqu'ici nous nous sommes bornés aux raisonnemens et aux faits généraux pour prouver les inconvéniens d'une classe inférieure de médecins et la possibilité de satisfaire à tous les besoins de la santé publique par les docteurs en médecine. Quelques données statistiques compléteront cette démonstration.

Dans son mémoire à l'Assemblée constituante, la société royale de médecine demandait, pour assurer le service de santé en France, un médecin par quatre lieues carrées. Pour notre population actuelle, il est évident

que c'est trop peu. En 1826, la commission chargée de faire un rapport sur ce sujet à la chambre des pairs, proposait d'avoir un médecin pour une lieue carrée; c'était tomber dans l'excès opposé. Nous pensons que les besoins réels sont largement satisfaits quand chaque circonscription de deux lieues carrées, c'est le résultat que donne aussi la statistique des départemens où le service médical est le mieux assuré. D'après ces calculs, la France contenant 30,000 lieues carrées, c'est donc 15,000 médecins qu'il faut à la France. (Inter-ruption.)

Tel est le rapport nécessaire de la population médicale avec le territoire. Si nous cherchons dans quelle relation elle doit être avec la population entière, nous trouvons que la commission de la chambre des pairs demandait en 1826 un médecin pour 1,100 habitans, proportion évidemment exagérée. La société royale de médecine était plus dans le vrai lorsqu'elle réclamait un médecin par chaque 2,000 habitans; ce qui, pour la population d'alors, évaluée à 22,000,000 d'âmes, formait un total de 11,000 médecins. C'est cette proportion que nous adoptons, et avec notre population actuelle, nous arrivons encore à peu près à notre premier chiffre, 15,000 médecins.

Nous aurions désiré pouvoir supputer le nombre des maladies pour en déduire le nombre nécessaire des médecins; mais trop d'incertitude est attachée aux bases d'un pareil calcul pour que nous ayons dû nous y arrêter. Assigner le nombre de médecins d'après la mortalité ne serait pas plus sûr. En effet, certaines populations sont plus souvent malades que d'autres, sans que la mortalité soit proportionnellement plus forte; c'est ce qu'on observe surtout dans les établissemens où travaillent les doreurs, les peintres, les ouvriers qui manient le plomb, etc. La fréquence des maladies qui les atteignent est telle qu'une société de secours mutuels, établie entre les ouvriers à Londres, a cessé par cette seule cause de recevoir parmi ses membres des individus qui appartiennent à l'une ou à l'autre de ces professions.

Nous nous en tiendrons donc au chiffre indiqué 15,000 médecins, et en ajoutant un autre mille pour les médecins qui, livrés aux travaux du cabinet, sont perdus pour la pratique; nous arriverons à ce nombre total 16,000 médecins.

Pouvons-nous donc espérer d'avoir et de maintenir au complet ce chiffre de 16,000 docteurs en médecine?

Sur 16,000 médecins, en supposant qu'ils commencent à exercer à vingt-quatre ans; la mort en emportera 362 par année, d'après les tables de mortalité de *l'Anuaire des longitudes*. Or, depuis plusieurs années, le terme moyen des docteurs reçus dans les trois facultés de France est de 390. Ainsi le nombre actuel des réceptions au doctorat fournit déjà et au delà à tous les besoins du service, et de plus, il est démontré que le nombre de ces réceptions va en augmentant d'année en année. Ajoutez à cela que beaucoup d'officiers de santé et de fils d'officier de santé tendent à devenir docteurs, tandis que jamais les fils de docteurs ne se contentent du titre d'officiers de santé.

Si cependant la nécessité de détruire l'institution des officiers de santé apparaissait à quelques esprits moins évidente qu'à nous, toujours faudrait-il au moins changer ce titre d'officiers de santé, qui entraîne après lui une déconsidération trop justement méritée. Nous ne voulons point en ceci faire allusion aux officiers de santé actuels, mais la manière dont on accueillit dans ce corps toutes sortes d'individus, au sortir des troubles de la révolution, et les désordres qui s'en sont suivis, n'ont prévenu le public ni en faveur de leur délicatesse, ni à l'égard de leur science.

Toutefois la commission persiste à penser que l'institution en elle-même n'en aurait pas moins d'inconvéniens. On supprimerait les jurys médicaux, dit-on; on aurait des épreuves plus sévères; mais alors pourquoi en faire une classe inférieure, et pourquoi, en exigeant d'eux la même instruction, leurs donner un autre titre qu'aux docteurs?

Qu'on les nomme d'ailleurs officiers de santé ou licenciés, les dangers restent les mêmes. Il sera toujours reconnu indispensable en principe de limiter leur droit

d'exercice, de leur interdire le traitement des maladies les plus graves, la pratique de certaines opérations, de leur circonscrire un territoire au-delà duquel leur diplôme sera sans valeur. Mais qui ne sait que cette délimitation ; quant aux maladies, est tout-à-fait impossible dans la pratique ? Et, quant à la circonscription de territoire, conçoit-on les résultats absurdes qu'elle entraînerait, si elle était maintenue dans sa rigueur ? Une famille, en changeant de commune, sur les confins de deux départements, serait donc obligée de renoncer à son médecin, quelque confiance qu'elle eût d'ailleurs dans ses lumières. Et cette classe de médecins serait donc en quelque sorte réduite à la condition d'ilotes, et attachée à la terre comme jadis un serf à la ferme qu'il cultivait ! Chaque pas fait dans cette voie nous y montre de nouveaux obstacles.

En conséquence, et par cette raison surtout que cette institution est nuisible aux intérêts de la société et de l'humanité, la commission, d'un avis unanime, conclut à la suppression des officiers de santé.

Quant aux jurys médicaux, la réprobation qu'ils ont soulevée est unanime. On sait comment ils furent institués dans l'origine, pour régulariser, moyennant un simulacre d'examen, le droit d'exercice, accordé sans droit ni mesure, à une foule d'ignorans et de charlatans. Du moins ils se bornaient à conférer le diplôme aux médecins déjà exerçant ; mais depuis, la loi de ventôse an 11 les a investis du droit exorbitant de recevoir des officiers de santé, qui n'offrent pas même la preuve d'études dans les écoles, en même temps qu'elle mettait aux prises leur intérêt et leur devoir en faisant payer les examinateurs par ceux qu'ils examinent. Leur abrogation doit être immédiate, et cette nécessité, généralement reconnue, est une objection nouvelle contre l'institution des officiers de santé.

Avant de porter ce jugement sévère, la commission a long-temps médité cette question, l'a examinée sous toutes ses faces, et accueilli toutes les raisons pour et contre, et elle répète que l'abolition des officiers de santé est l'expression de son vœu unanime et irrévocable. (Longue interruption.)

Articles de législation proposés par la commission sur la question des officiers de santé.

Art. Ier. Les jurys médicaux, créés par la loi du 19 ventôse an XI pour l'examen et la réception des officiers de santé, sont supprimés.

Art. II. Il n'y aura désormais qu'un seul ordre de praticiens, savoir : des docteurs en médecine ou des docteurs en chirurgie.

Art. III. Les officiers de santé reçus jusqu'à la promulgation de la présente loi continueront à jouir de leurs droits comme par le passé.

Art. IV. Ces officiers de santé pourront acquérir le titre de docteur moyennant un examen, une consultation écrite et une thèse passée devant une Faculté.

Art. V. Il y aura en France six Facultés qui auront droit de recevoir les docteurs en médecine et en chirurgie, savoir : une à Paris, une à Strasbourg, une à Montpellier, une à Lyon, une à Rennes ou à Nantes et une à Bordeaux ou à Toulouse.

Les écoles secondaires de médecine actuellement existantes seront conservées. Deux années d'études dans une école secondaire équivaudront à une année d'études dans une Faculté.

Art. VI. L'examen et la réception des docteurs ne seront plus confiés seulement aux membres des Facultés. Les médecins exerçant dans la ville et dans la banlieue du siège de la Faculté devront entrer pour un tiers dans la composition du jury d'admission.

Art. VII. Les conseils de département pourront subvenir aux frais d'un certain nombre de réceptions, à condition que les candidats admis à jouir de cette faveur devront s'établir dans une commune rurale. S'ils viennent à quitter cette commune, ils seront tenus de restituer le montant des frais de leur réception.

Art. VIII. Il sera créé par toute la France des méde-

cins cantonnaires dans les localités où le besoin en sera reconnu.

Art. IX. Il n'y aura jamais de médecins salariés dans les chefs-lieux de département, ni dans les chefs-lieux d'arrondissement, ni même dans les chefs-lieux de canton ; mais leur domicile réel devra toujours être dans une commune rurale.

Art. X. Les médecins cantonnaires seront choisis exclusivement parmi les docteurs en médecine.

Art. XI. Ils seront nommés par les conseils médicaux de département, devant qui ils devront faire preuve de capacité ; sur la présentation des autorités locales, approuvée par le conseil d'arrondissement, et enfin par le conseil général du département.

Art. XII. Leurs émolumens seront fixés entre 600 et 1,500 francs, selon l'étendue et les ressources du canton qui leur sera assigné. Ces émolumens seront votés par le conseil général du département.

Art. XIII. Tous docteurs en médecine et en chirurgie, et tous pharmaciens reçus postérieurement à la promulgation de la présente loi, seront tenus d'acquiescer, en s'établissant, un droit d'exercice une fois payé, qui variera selon le département et la population de la commune dans laquelle ils établiront leur résidence. Ce droit d'exercice devra équivaloir, avec les frais d'inscription, à la somme totale que coûtent les réceptions actuelles. Au moyen de cette disposition, les actes probatoires seront gratuits.

Art. XIV. Les herboristes et les sages-femmes seront également soumis à un droit d'exercice proportionnel, selon la population du lieu de leur résidence.

Art. XV. Si un médecin change de domicile et s'établit dans une ville plus peuplée que celle qu'il habitait antérieurement, il sera tenu d'acquiescer le surplus du droit d'exercice en raison de la population. S'il passe, au contraire, dans une commune moins peuplée, il n'y aura lieu envers lui à aucune restitution.

Néanmoins, tout médecin qui aura exercé durant quinze ans dans une commune de moins de mille âmes, et qui la quittera pour une commune plus peuplée, sera exempté de payer le surplus du droit d'exercice.

Tels sont, continue M. le rapporteur, les articles que la commission soumet à la discussion de l'Académie, en réponse à la première question du gouvernement. Nous avons à passer maintenant à la création des conseils médicaux de département, question qui ne paraît pas à beaucoup d'esprits moins grave que la première, et qui renferme elle-même plusieurs autres que nous aborderons successivement.

Discussion relative aux chambres de discipline et aux conseils médicaux de département.

Parmi les questions que le ministre a adressées à l'Académie, il en est une série tout entière consacrée aux chambres de discipline, et dans cette série une entre autres ainsi conçue :

Quel serait le meilleur mode d'organisation des conseils de discipline ?

On voit que le gouvernement ne met en doute ni leur utilité ni leur opportunité ; il ne demande notre avis que sur le meilleur mode de les organiser. Dans cet état de choses, l'Académie doit-elle se borner à une réponse aussi circonscrite que la demande, ou peut-elle discuter l'utilité même de cette institution ? Si l'on voulait contester ce droit à l'Académie, nous n'aurions besoin que de rappeler ce qui s'est passé en dehors d'elle, en dehors de sa commission, sur tous les points de la France où cette question a saisi et agité tous les esprits.

La commission a considéré avant tout que ce qu'on appelle chambres de discipline, pour les diverses professions qui possèdent cette institution, ne saurait être comparé à l'institution que réclament en ce moment les besoins du corps médical. Il suffit de mettre en regard les attributions de ces chambres des notaires, des avocats, limitées à maintenir et mettre en vigueur quelques réglemens connus de tous ceux qu'ils régissent, et ne sortant point de cet objet tout spécial, et les devoirs

nombreux des chambres de discipline médicales non seulement envers les médecins, mais envers la société tout entière, pour constater entre elles une large différence, et exiger une différente dénomination. Enfin, à tort ou à raison, ce nom seul de chambres de discipline souleve dans les esprits des préventions qu'il faut faire taire; nue par ces raisons, la commission vous propose de leur substituer le nom de *conseils médicaux de départements*; et c'est sous ce titre que nous les désignerons désormais.

Mais une pareille institution, quelque nom qu'on lui donne; est-elle réellement réclamée par les besoins du corps médical? A ceci il suffirait déjà de répondre qu'elle est l'expression d'un désir presque unanime; toutes les correspondances manuscrites adressées à l'Académie, sur la réorganisation de la médecine, la demandent; et on en retrouve le vœu dans la plupart des ouvrages imprimés publiés sur cette matière.

Mais d'ailleurs, nous le savons tous, il est certaines injonctions que le médecin doit observer, certaines prohibitions dont il doit se garder, et qui ne sauraient être renfermées dans la loi. Ce sont de ces choses qui, en effet, ne constituent ni un crime, ni un délit, qui cependant, dans l'exercice de la médecine, blessent gravement la délicatesse ou la dignité de la profession, et pour lesquels le médecin n'est justiciable que de sa conscience ou de l'opinion de ses pairs. On conçoit dès lors quelle influence immense et toute salutaire exerceraient les conseils médicaux; la crainte de leur blâme ou de leur censure suffirait le plus souvent pour retenir dans les bornes de l'honneur ceux qui seraient tentés de s'en écarter; et cette action, plus encore préventive que répressive, constituerait la sauve-garde la plus puissante de la dignité médicale.

Ce que l'on demande surtout à l'époque actuelle, ce que nous réclamons tous, c'est une surveillance exacte qui prenne soin à la fois des intérêts de la profession, et de l'exécution des lois qui s'y rattachent. Or, il est aisé de comprendre que cette surveillance ne peut porter tous ses fruits que de la part d'une institution reconnue par la loi; des associations particulières resteraient sans force contre ceux qui refuseraient d'y entrer ou qui se résigneraient à en sortir. Le législateur, qui a pourvu à l'instruction et à la réception des médecins, n'a rien ou presque rien fait jusqu'à présent pour régulariser l'exercice de la profession; et n'est-ce pas cependant là ce qui fait l'éclat ou l'opprobre de la médecine, là où elle peut devenir pour les citoyens la plus bienfaisante ou la plus périlleuse des professions? Cette surveillance ne pouvait être confiée à des mains étrangères; elle ne saurait être convenablement exercée que par des conseils médicaux tels que nous en concevons l'institution, véritables assemblées de famille dont l'influence, comme nous l'avons dit, sera principalement préventive.

Une autre de leurs attributions non moins importante que la première, sera 1^o d'exclure de la pratique de la médecine toutes les personnes qui l'exercent sans diplôme, sorte de charlatanisme fort commun de nos jours, et qui est à la médecine ce que l'hypocrisie est à la morale; 2^o de faire cesser ce débordement de remèdes secrets, qui fait la honte de notre époque et le fléau de la génération actuelle.

Mais le rapporteur s'élève ici contre la complaisance déplorable avec laquelle les journaux étrangers à la médecine, et principalement les grands journaux politiques, ouvrent leurs colonnes à des annonces dictées par un charlatanisme euphémique et effronté, sans songer aux graves conséquences qui peuvent en résulter pour les citoyens. Un tel abus est irréparable dans l'état actuel de la médecine; car ce ne sont pas des médecins isolés qui se chargeront de les poursuivre, au risque d'être accusés de n'écouter que des motifs tout personnels. Il n'y a qu'une institution légale, placée en tête du corps médical pour le représenter, qui puisse attaquer ces trafiquans de remèdes avec dignité et avec succès.

Mais il s'élève contre les conseils médicaux une objection dont nous ne nous dissimulons pas la force; une semblable institution ne mettra-t-elle pas en péril l'indépendance des médecins? Ceci est grave, et mérite

d'être pris en sérieuse considération. N'allons pas, en effet, édifier nous-mêmes des institutions dont le moindre défaut serait d'être superflues, et qui, érigées dans nos intérêts, pourraient devenir une arme contre nous. Déjà l'ancienne Faculté de médecine et l'ancien Collège de chirurgie jouissaient sur tous leurs membres d'une autorité disciplinaire; et l'on n'a pas perdu la mémoire des abus qui s'en sont suivis, des petites persécutions, et même de quelques iniquités scandaleuses qui en avaient fait désirer la suppression par tous les médecins.

Messieurs, dit l'honorable rapporteur, un des vices dominans de la logique de notre époque, c'est de juger nos institutions nouvelles avec les souvenirs des anciennes incensés, sans considérer que les temps ont changé, et en même temps les idées. Sous un gouvernement absolu, sans doute les conseils de discipline ont pu et ont dû avoir les inconvéniens les plus graves; mais de nos jours, avec une représentation nationale qui prête l'oreille à toutes les plaintes justement fondées, avec l'immense publicité des journaux, est-il possible que ces anciens abus se renouvellent? Les membres élus des conseils médicaux n'ont-ils pas aussi une responsabilité à subir dans l'opinion de leurs confrères? Nous le croyons fermement: avec l'indépendance dont jouissent les médecins de nos jours, indépendance telle qu'elle ne se retrouve peut-être à un égal degré dans aucune autre profession, les conseils de discipline pourront faire beaucoup de bien, et auront les mains liées pour faire le mal. Qu'on n'allègue pas non plus que bientôt l'esprit de corps viendra se mêler à leurs discussions, et exercera une fâcheuse influence; à mesure que notre éducation politique fait des progrès, cet esprit de corps s'efface et se perd, tandis que l'esprit public grandit dans la même mesure.

Nous ne voulons point faire de ces conseils des cours despotiques et souverains, imposant leur volonté comme règle au corps médical, mais de véritables conseils de famille, jouissant d'une autorité toute bienveillante et paternelle, et autour desquels viendront se grouper les médecins. Ils n'auront point à appliquer la loi aux fautes de leurs confrères; la loi ne devra jamais intervenir dans leurs décisions. Celles-ci seront fondées seulement sur la raison et la bonne foi; ainsi après les injonctions des lois qui nous régissent, et qui resteront en dehors de leurs attributions, ils auront à exercer une juridiction morale; et, en résumé, ce sera la morale ajoutée à la loi, et le complément de la législation sur la médecine. Nous ne voulons point, par cette raison, que l'on puisse imposer à ces conseils aucune des autorités administratives ou judiciaires. Il ne faut pas surtout que le choix des membres soit limité dans les académies, ce choix doit être aussi libre que possible; sous peine de transformer nos conseils médicaux en véritables tribunaux de police.

Maintenant le gouvernement lui-même reculerait-il devant une institution fondée sur ces bases? Nous ne le croyons pas; et nous pensons que dans l'administration même l'éducation constitutionnelle a fait assez de progrès pour qu'elle sente la justice et les avantages de laisser régler les intérêts d'une profession par ceux-là seuls qui y sont intéressés.

Il est d'autres objections qui, sans se formuler nettement, semblent naître d'une frayeur non réfléchie, d'une répugnance involontaire que beaucoup de bons esprits éprouvent contre toute espèce de nouveauté, et qui se réduisent en définitive à cette conclusion: c'est impossible. Nous espérons que ces préventions pour ainsi dire instinctives; déjà ébranlées par les considérations qui précèdent, tomberont tout-à-fait devant les développemens suivans.

L'indépendance qui distingue la médecine entre toutes les professions doit être l'attribut essentiel des conseils médicaux; et comme ce sont principalement des rapports de famille que nous voulons établir entre eux et les médecins, il convient qu'ils soient institués sur les bases les plus libérales.

Ainsi, d'abord et avant tout, il faut que les membres de ces conseils soient directement nommés par les médecins du département, et qu'ils ne puissent être nommés que parmi des hommes de l'art du titre le plus élevé. Ce sont là deux conditions essentielles capitales; si l'on

nous les accorde, nous accepterons les conseils médicaux de département; sinon, nous les rejetons. Sur ce point tous les médecins sont unanimes.

La commission chargée en 1826 de faire un rapport sur cette matière devant la chambre des pairs, avait admis ces deux conditions. Par là se trouve enlevé aux officiers de santé de même qu'aux pharmaciens de seconde classe, le droit de faire partie de ces conseils. Mais une question plus délicate se présente: auront-ils du moins le droit de concourir, à l'élection? La commission a considéré que puisque ces membres de notre profession seront soumis comme les docteurs, à la juridiction des conseils médicaux, l'équité exigeait qu'ils eussent voix à l'élection. Il suffit qu'ils ne puissent pas être élus eux-mêmes.

Partant de ce même principe que tout justiciable des conseils médicaux doit être apte à les nommer, la commission a décidé qu'il ne fallait apporter aucune limite, au droit d'élection, ni restreindre en aucune manière les listes électorales. Tous les médecins exerçant dans le département auront donc droit de suffrage. Les recensemens les plus récents des médecins dans les départemens où l'on en trouve le plus, n'en montrent nulle part un nombre tellement considérable, qu'il puisse apporter quelque gêne à ce mode d'élection. Paris seul fait exception sous ce rapport; mais à Paris les réunions sont aussi plus faciles que partout ailleurs. Il n'y a donc sous ce rapport aucune objection valable.

Il s'agissait de déterminer ensuite le nombre des membres qui devaient composer chaque conseil médical. Ce nombre doit rester invariable, pour prévenir tout moyen d'arbitraire; d'autre part, il doit être suffisant pour que le conseil ne puisse être atteint du soupçon d'intrigue et de coterie, et en même temps pour la prompte expédition des affaires. La commission n'a vu aucune raison pour faire varier ce nombre selon les départemens, il y a au contraire un grand avantage à les ramener tous sous la loi d'une institution unique et homogène. Paris seul encore fait exception, à raison des affaires beaucoup plus nombreuses qui seront inévitablement soumises au conseil médical de la Seine; on doublera donc pour Paris seulement le nombre des membres.

D'après ces vues, les conseils médicaux des départemens seraient composés de 9 membres; et celui de la Seine de 18 membres.

Il n'est pas moins important de limiter la durée de leurs fonctions. Des nominations à vie entraînent toujours trop d'abus, dont le moindre est l'incurie qu'on apporte à des fonctions trop longtemps continuées, et qu'on tend toujours à transformer en sinécure. D'autre part, il ne faudrait pas que cette durée fût trop limitée; car il faut au moins laisser aux membres le temps d'acquiescer toutes les notions nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. La commission a pensé qu'on échapperait à ce double écueil, en renouvelant le conseil par tiers tous les trois ans; et en n'accordant aux membres sortans le droit d'être réélus que trois ans après leur sortie.

La publicité des séances du conseil pourra toujours être réclamée par les parties inculpées; autrement, comme les délits dont le conseil aura à s'occuper seront surtout des atteintes portées à la délicatesse et à la dignité de la profession, le secret sera toujours de rigueur. Ce secret dans les jugemens a pour but d'assurer mieux l'effet qu'on peut s'en promettre; quand l'honneur est en jeu, une censure demeurée secrète est le seul moyen de le conserver chez les individus qui ont mérité le blâme; le flétrir publiquement ce serait le détruire. Comme toutefois il faut une sanction à toute loi, nous ne voulons pas priver le conseil du droit de flétrissure publique quand tous les autres moyens seront restés sans résultats, mais seulement après tous ces moyens épuisés; et ceci nous conduit à poser les limites des attributions de nos conseils.

On pourrait ranger toutes ces attributions sous quatre chefs comprenant les devoirs que les conseils médicaux auront à remplir 1° envers la science; 2° envers la loi; 3° envers la morale publique; et enfin 4° tout ce qui, dans les fonctions du médecin, a rapport à l'utilité publique.

Nous écartons de prime-abord la première série, celle qui regarde la science. En effet, les progrès de la science en elle-même sont déjà confiés aux Académies; l'enseignement appartient aux Facultés; et quant aux progrès scientifiques qu'il serait à désirer de voir faire à tous les médecins, même après leur réception, c'est un point qui ne souffre pas de contrôle étranger, et qu'il faut laisser aux consciences. Ainsi, très-positivement, les conseils médicaux doivent s'abstenir de tout ce qui concerne l'enseignement, les progrès de la science, la discussion des doctrines et des systèmes, et enfin de tous les faits de clinique médicale générale ou particulière; sur toutes ces matières ils n'ont rien à voir. C'est là encore une condition essentielle, un point sacramentel de leur institution; chaque médecin doit rester parfaitement libre dans sa manière de concevoir les doctrines et de traiter ses malades; et quand le génie trouvera à modifier les opinions de ses contemporains, il faut que la route des découvertes lui soit largement ouverte et que nulle autorité ne soit là pour l'entraver.

Quant à la seconde série, nous avons déjà eu occasion de nous en expliquer; et nous redrons de nouveau que c'est un des points pour lesquels l'institution des conseils médicaux est le plus nécessaire. La médecine, outre les articles spéciaux qui la concernent dans quelques-uns de nos Codes, est régie en outre par des lois spéciales; ce sera aux conseils médicaux à poursuivre devant les tribunaux la répression des délits commis contre ces lois. Ils agiront comme partie publique, jouiront conséquemment des droits attachés à ce titre, et pourront dénoncer d'office aux tribunaux les infractions commises. Ici encore, tout le monde a été d'accord; on a généralement reconnu qu'il y aurait de l'avantage à substituer leur action à celle des procureurs du roi; ils seront mieux placés pour voir les faits que le parquet, et auront plus de lumières spéciales pour les apprécier. N'eussent-ils que cette unique attribution, c'en serait assez pour justifier leur existence; placés qu'ils seraient comme des sentinelles entre la magistrature et la société, pour avertir l'une et pour préserver l'autre des délits qui les intéressent toutes deux à différens titres. Il reste d'ailleurs bien entendu qu'il ne s'agit ici que des infractions contre les articles de loi qui règlent l'exercice de la médecine; les opinions de doctrine, les faits de clinique ne reconnaissent de juges ni de censeurs légaux d'aucune espèce; et quant à la conduite privée du médecin, hors l'exercice de son art, elle doit rester ancrée comme celle de tous les autres citoyens, à moins cependant qu'elle ne donne lieu à un tel scandale, qu'il ne pourrait être toléré sans déshonorer la profession médicale.

Nous avons compris dans la troisième série tout ce qui se rapporte aux devoirs moraux du médecin dans sa profession. C'est ici surtout que la loi s'arrête et que les conseils de discipline sont indispensables. A eux donc et à eux seuls la mission de reprendre les erreurs où pourraient tomber quelques confrères, à réprimer les écarts du charlatanisme, la vente des remèdes secrets, etc. Les peines seront ici toutes morales, comme les délits eux-mêmes, et ne s'adresseront qu'à la conscience des coupables; elles seront d'ailleurs graduées suivant les cas, de la remontrance à huis-clos à la remontrance en conseil de famille, et de la censure secrète à la censure publique. Sans doute, dans les premiers temps, de nombreux embarras se présenteront pour apprécier le genre de ces délits, qu'on ne saurait spécifier dans un code, et pour y proportionner les peines; mais la sagesse et l'esprit de confraternité des membres de ces conseils aplaniront beaucoup d'obstacles; à force de se multiplier, les applications deviendront plus régulières, et il faut tout attendre sur ce point du temps et de l'expérience.

Restent enfin les attributions qui concernent l'utilité publique. Ainsi, les conseils médicaux seront chargés 1° de dresser les listes générales de toutes les personnes exerçant une profession qui ait rapport à l'art de guérir; 2° de provoquer la création de médecins cantonnaux, qu'ils nommeront sur la présentation des autorités locales, approuvée par les conseils d'arrondissement et de département, et après s'être assurés de la capacité des

candidats ; 3^o de recevoir les sages-femmes et les herboristes dans les départemens où il n'y a ni Faculté ni école secondaire ; 4^o de faire les visites prescrites par la loi chez les pharmaciens pour s'assurer de la bonté des médicamens. Tout ceci leur revient de droit, et n'a été confié jusqu'à présent aux Facultés et aux écoles secondaires qu'en raison de l'absence même de cette nouvelle institution. Enfin, ils devront aussi constater par des certificats le temps de stage des élèves en pharmacie dans les officines, rassembler tous les documens qui pourront éclairer l'histoire des constitutions médicales, des épidémies, des épizooties, et la statistique médicale de leur département.

Du reste, leurs fonctions seront essentiellement gratuites. Ils n'auront à faire face qu'à quelques frais d'administration intérieure, et les produits de quelques-uns de leurs actes, comme des réceptions, des visites chez les pharmaciens, suffiront et au-delà à ces dépenses.

Quelle sera enfin la sanction pénale sans laquelle leurs jugemens n'auraient point l'autorité nécessaire ? Les peines auront quatre degrés, savoir : l'admonition, la réprimande, la censure privée, la censure publique. Celle-ci peut devenir indispensable dans les cas de récidives multipliées, et il est bon d'ailleurs que les conseils médicaux l'aient en leur pouvoir pour effrayer plutôt que pour l'appliquer, pour prévenir plutôt que pour réprimer.

Mais comme ils agiront alors comme juges et qu'ils prononceront des peines, il est juste de laisser une voie d'appel aux personnes qui croiront avoir à se plaindre de leurs jugemens et de soumettre ceux-ci à révision. Il y aura donc appel facultatif, mais pour l'inculpé seulement, près d'une cour royale, qui pourra confirmer ou infirmer la décision de ces conseils.

Ici la commission s'est demandé s'il n'y aurait pas de nombreux avantages à instituer un conseil médical de révision, près duquel les appels seraient portés avant de recourir à cette triste et dernière ressource des tribunaux. Les jugemens des hommes sont si sujets à erreur en toutes choses, qu'on ne saurait donner aux inculpés assez de garanties et leur ouvrir trop de voies de révision. Il y aurait donc un conseil de révision supérieur, unique pour toute la France, institué dans la capitale, et près duquel les inculpés auraient seuls la faculté d'en appeler du premier jugement. L'appel suspendrait jusqu'à décision définitive l'application de la peine. Si une pareille commission existait, il est hors de doute qu'elle acquerrait bientôt un puissant crédit et une haute influence morale. Loin des coteries et des intérêts particuliers, elle jugerait toujours avec plus de chances d'impartialité ; elle surveillerait les conseils médicaux, réparerait leurs erreurs et réprimerait leurs écarts ; enfin, ce serait un moyen précieux d'établir pour tous les départemens une uniformité d'action et de règle bien désirable, et une législation parfaitement homogène. Les affaires s'y traiteraient sans frais, sans déplacement, et par voie de correspondance ; de là moins d'abus, moins de poursuites judiciaires, et un plus grand nombre d'accommodemens. On préférerait en effet le plus souvent les voies de conciliation devant ses confrères que le souci d'une cause à poursuivre ou à défendre devant des tribunaux étrangers et sous les yeux du public ; car le plus grand malheur, après celui d'être convaincu d'un crime, est d'avoir à s'en justifier. Nous le répéterons d'ailleurs en finissant : il est entendu que le droit d'appel serait tout dans l'intérêt des inculpés et ne pourrait être exercé que par eux.

Là se bornent les considérations qui ont prévalu dans la commission. Nous allons maintenant donner lecture des articles de législation qu'elle propose à votre discussion.

TITRE I^{er}. — Organisation des conseils médicaux de département.

Art. I. Il y aura un conseil médical institué dans chaque chef-lieu de département.

Art. II. Ce conseil sera composé de neuf membres, savoir : six docteurs en médecine ou en chirurgie et trois pharmaciens de première classe.

Art. III. Le conseil médical du département de la

Seine, attendu le plus grand nombre d'affaires qu'il aura à expédier, fera seule exception à l'article précédent ; il sera composé de dix-huit membres, dont douze docteurs et six pharmaciens.

Art. IV. Nul ne pourra être élu membre d'un conseil médical de département s'il n'est reçu docteur en médecine ou en chirurgie, ou pharmacien de première classe, et s'il n'a au moins trente ans d'âge et cinq ans d'exercice dans le département.

Art. V. Les membres du conseil médical seront élus par tous les médecins et les pharmaciens du département, docteurs et officiers de santé, pharmaciens de première et de seconde classe, réunis au chef-lieu du département. L'élection se fera au scrutin secret et à la majorité des suffrages.

Art. VI. L'assemblée sera présidée d'abord par le doyen d'âge, et les deux plus jeunes des membres présents serviront de secrétaires provisoires.

Art. VII. La première opération de l'assemblée sera de nommer un président, un secrétaire et deux scrutateurs.

Art. VIII. Quand le bureau sera constitué, il fera procéder à l'élection des membres du conseil médical du département.

Art. IX. Ces conseils médicaux seront renouvelés par tiers tous les trois ans. A la troisième et à la sixième année qui suivront la promulgation de la présente loi, l'élimination des trois membres à remplacer se fera par la voie du sort ; mais toujours alors les membres nouveaux seront pris parmi les médecins ou les pharmaciens en nombre correspondant à celui des membres sortans, afin que la proportion des deux professions demeure toujours la même dans le conseil.

A partir de la neuvième année, l'élimination se fera par ordre d'ancienneté.

Art. X. Les conseils médicaux de département nommeront chacun dans leur sein un président qui, en cas de partage, aura voix prépondérante ; un rapporteur, et un secrétaire qui rédigera le procès-verbal de chaque séance. Il y aura en outre près de chaque conseil un agent salarié pour les écritures d'administration ; mais cet agent ne fera jamais, sous aucun prétexte, partie du conseil médical.

TITRE II. — Attribution des conseils médicaux de département.

Art. I. Les conseils médicaux seront chargés de vérifier les diplômes de tous les médecins et de toutes les personnes exerçant une profession qui se rattache à la médecine, qui viendront s'établir dans le département.

Art. II. Ils auront soin d'en tenir des listes exactes et de les faire publier par l'autorité compétente.

Art. III. Ils poursuivront devant les tribunaux, d'office, ceux qui continueraient à exercer sans diplôme.

Art. IV. Ils poursuivront également toutes contraventions aux lois et réglemens sur la vente et la préparation des médicamens.

Art. V. Ils poursuivront d'office tous les délits qui auront rapport à l'exercice de l'une des professions médicales.

Art. VI. Ils provoqueront la nomination des médecins cantonnaux partout où besoin sera.

Art. VII. Ils seront chargés d'élire ces médecins cantonnaux, après s'être assurés de leur capacité par un examen, et sur la présentation des autorités locales, approuvées par les conseils d'arrondissement et de département.

Art. VIII. Ils examineront et recevront les sages-femmes et les herboristes, dans les départemens où il n'y a ni Faculté, ni école. Ils seront chargés de surveiller la discipline des écoles secondaires partout où il en existera.

Art. IX. Ils visiteront, aux termes de la loi, les officines où se préparent et se vendent les médicamens.

Art. X. Ils feront constater le temps de stage des

élèves en pharmacie chez les pharmaciens, et en délivreront des certificats

Art. XI. Ils prévindront ou concilieront toutes contestations qui auraient lieu entre médecins, et en général entre toutes personnes se livrant à l'une des professions médicales.

Art. XII. Ils seront également chargés de prévenir ou de concilier toutes contestations qui s'éleveraient entre des médecins et des personnes étrangères à la profession.

Art. XIII. Ils provoqueront les assemblées des médecins pour élire de nouveaux membres du conseil à la place des membres sortans tous les trois ans.

Art. XIV. Tous les trois ans, ils devront recueillir et réunir tous les faits et toutes les notions obtenues durant ce laps de temps, et qui auront trait à la topographie et à la statistique médicale de leur département.

Art. XV. Ils devront en outre rassembler les observations propres à éclairer l'histoire des constitutions médicales et des épidémies, et au besoin publier des avis pour faire connaître au public les précautions à garder.

Art. XVI. Ils adresseront, tous les trois ans, la collection de leurs travaux sur tous ces points à l'Académie royale de médecine.

Art. XVII. Ils auront droit d'appliquer aux médecins de leur département, le cas échéant, des peines disciplinaires.

Art. XVIII. Il ne pourront, en aucun cas et sous quelque prétexte que ce soit, s'immiscer dans des questions de doctrine, d'opinions médicales ni d'enseignement.

Art. XIX. Leur droit de surveillance demeure limité à la conduite morale des personnes de l'art dans l'exercice de la profession. La conduite privée des médecins, hors ce cas, échappe à leur ressort et doit rester murée, à moins qu'elle ne produise un scandale tellement public qu'il tendrait à déshonorer la profession.

Art. XX. Les condamnations ne pourront jamais être arrêtées qu'à la majorité des deux tiers des membres présens.

Art. XXI. Tous les trois ans, ils adresseront également à l'Académie un rapport sur toutes les affaires de ce genre qu'ils auront eu à poursuivre et à décider, excepté seulement pour les cas où le secret importe à l'honneur et à la considération des inculpés.

Art. XXII. Les fonctions des membres des conseils médicaux de département sont gratuites.

TITRE III. — Pénalité.

Art. I^{er}. Les peines que les conseils médicaux auront droit d'infliger, seront : 1^o l'admonition ; 2^o la réprimande ; 3^o la censure privée ; 4^o la censure publique.

Art. II. L'admonition consiste dans un simple avis donné à huis-clos, ou même adressé par une lettre.

Art. III. La réprimande devra toujours avoir lieu de vive voix.

Art. IV. La censure privée sera exercée par le président en présence du conseil. La censure publique aura lieu en séance publique.

Art. V. Les individus condamnés par le conseil médical auront le droit d'appel facultatif et réservé à eux seuls.

Art. VI. Il y aura deux degrés d'appel ; l'un devant un conseil médical supérieur de révision, séant à Paris, pour tout le royaume ; le second devant les cours royales.

Art. VII. Tous les jugemens des conseils médicaux devront être motivés.

Art. VIII. L'appel devant le conseil de révision ou devant une cour royale suspend de droit l'application de la peine jusqu'à la décision définitive.

Art. IX. L'appel peut être porté devant le conseil de révision par correspondance et sans autres frais. Ce conseil peut laisser les jugemens des conseils de département ; et alors l'accusé est et demeure absous, et toutes poursuites contre lui pour le même fait sont annulées.

M. le rapporteur annonce que là se termine la seconde partie du travail de la commission. La troisième a rapport aux remèdes secrets.

3^e partie. — Remèdes secrets.

La troisième partie de ce rapport, dit le rapporteur, a pour objet cette éternelle question des *remèdes secrets*. Depuis douze ans que l'Académie est en possession de les examiner, elle s'en est vue accablée ; aussi n'est-il aucun autre corps médical qui puisse décider sur cette matière en aussi pleine connaissance de cause.

M. le rapporteur se livre ensuite à des recherches fort étendues sur l'origine et l'histoire des remèdes secrets. Nous ne le suivons point dans ses savantes investigations, où il cite tour à tour Las-Cases et la traite des noirs, Mithridate, Pompée, Aristophane, Platon, les lois romaines, les rois mérovingiens, les rois de la seconde et de la troisième race, les arrêts des parlemens jus qu'à la révolution, qui fit table rase, sans oublier cette antique coutume de Montpellier, où l'on plaçait les charlatans « sur un âne maigre et hargneux » la tête tournée vers la queue de l'âne, et où on les reconduisait de cette manière hors de la ville, avec défense d'y rentrer.

Passant enfin à l'exposé de la législation actuelle sur la matière, M. le rapporteur cite d'abord l'art. 25, titre IV de la loi du 21 germinal an XI, ainsi conçu :

« Nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre ou débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu suivant les formes voulues jusqu'à ce jour, ou, s'il ne l'est dans l'une des écoles de pharmacie ou par l'un des jurys, suivant celles qui sont établies par la présente loi, et après avoir rempli les formalités qui y sont prescrites. »

L'art. 32 de la même loi défend aux pharmaciens de vendre aucun remède secret, et l'art. 34 défend aux épiciers et drognistes de vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique.

Mais un décret du 25 prairial an XIII revint sur ces dispositions, et non seulement permit de vendre des remèdes secrets, en remplissant certaines conditions, mais encore confia le pouvoir de les vendre aux auteurs et propriétaires de ces remèdes, et aux préposés qu'il leur plairait de choisir.

Ce décret fut à son tour renversé par un autre, à la date du 18 août 1810, lequel révoqua toute permission de vendre et débiter des remèdes secrets, à partir du 1^{er} janvier 1811. Les propriétaires avaient la faculté de remettre au ministre de l'intérieur la recette de leur remède, et si ce remède, expérimenté par une commission spéciale, était reconnu bon et utile, l'inventeur avait droit, avant de le rendre public, à une indemnité réglée par un traité avec le ministre de l'intérieur.

Telle est la dernière loi qui régit la matière ; et si elle avait été exécutée, nous n'aurions pas été scandalisés depuis cette époque par le débordement sans cesse croissant des remèdes secrets de toute espèce. Comment ne l'a-t-elle pas été ? Un décret nouveau du 26 décembre 1810 a prorogé le délai accordé aux vendeurs de remèdes secrets jusqu'au 1^{er} avril 1811, et à cette époque, un avis du conseil d'état, avis qu'on peut qualifier de subreptice et d'illégal, suspendit indéfiniment l'application d'un décret qui avait force de loi.

Il en alla ainsi jusqu'à l'ordonnance du 20 décembre 1820, qui confia à l'Académie royale de médecine l'examen des remèdes secrets. On sait comment l'Académie s'acquitta de cette partie de sa mission. Une commission permanente, mais renouvelée par tiers chaque année, est chargée de cet examen. Elle nomme dans son sein

un rapporteur dont les fonctions sont annuelles, et des commissaires spéciaux pour chaque remède. Ainsi le rapporteur élabore un projet de rapport, qui est visé par les commissaires spéciaux, puis par la commission elle-même avant d'être soumis à la décision de l'Académie; en sorte que chaque nouvelle composition pharmaceutique subit quatre examens différens avant d'être définitivement approuvée.

Ces mesures ont produit quelque bien; mais leur insuffisance est aujourd'hui bien reconnue. Il faut des répressions plus énergiques à un mal qui s'accroît tous les jours.

Par quelles raisons pourrait-on défendre la vente d'un remède secret? Dira-t-on que le vendeur remplit une fonction de charité mutuelle? Mais la charité donne et ne vend pas. La charité, pour être utile, doit être éclairée et consciencieuse. Espère-t-on lui trouver ces qualités dans des gens qui se font ainsi médecins sans études et sans diplômes, et qui, par là même, sont en contradiction flagrante à la loi?

Alléguerait-on le droit de propriété de l'inventeur sur sa découverte? Mais d'abord la société a des droits acquis sur les découvertes passées, et on ne saurait nier que les découvertes de nos jours ne soient plus ou moins la conséquence des premières. Ajoutez que l'invention, si elle est réellement utile, ne saurait rester long-temps secrète, surtout avec la précision qu'on apporte à présent aux analyses chimiques. Sans doute il est quelques mélanges monstrueux qui peuvent échapper à l'analyse, mais ce sont alors des extravagances qui ne sauraient entrer dans la science. Que dit d'ailleurs l'inventeur au gouvernement, en lui annonçant un nouveau remède? Il faut qu'il dise: Après l'avoir trouvé, je l'ai expérimenté sur des malades, et ces expériences m'ont réussi. Mais de deux choses l'une: ou celui qui parle ainsi n'est point médecin, et alors il a contrevenu à la loi et doit être poursuivi et puni pour le fait de ces expériences thérapeutiques, ou bien il est médecin; et afin de s'assurer de la bonté du remède, il a dû en conférer avec plusieurs de ses confrères, ce qui suffit pour ôter au remède son caractère secret; et enfin tout médecin qui tiendrait secret un moyen par lui reconnu utile, manquerait essentiellement aux devoirs de sa profession.

Enfin, pour mieux apprécier les prétentions de ces inventeurs de remèdes, considérez combien peu de ces secrets, une fois divulgués, ont soutenu leur réputation et sont restés dans la science. Depuis cent cinquante ans, des commissions spéciales, qui se sont succédées presque sans interruption, ont examiné des remèdes secrets par milliers: sur cette masse, à peine en compterait-on six qui aient été approuvés, et un seul qui ait échappé à l'oubli. Le remède de Falbot, acheté en 1682, était tout simplement du quinquina, découvert cinquante ans auparavant; le remède anti-dysentérique d'Helvétius était l'iécacuanha. Tout le monde sait à quoi s'en tenir sur les remèdes de mademoiselle Stéphens et de Pradier, tant préconisés contre la pierre et contre la goutte; et enfin le secret de MM. Mahon contre la teigne n'est pas non plus sans analogues dans la science.

Après avoir agité toutes ces considérations, la commission est arrivée à cette conséquence, qu'il ne doit plus exister de remèdes secrets.

Que si cependant on veut admettre à toute force qu'il se rencontrera quelque inventeur, possesseur d'un secret réellement nouveau et efficace, alors il est juste qu'il jouisse de sa propriété; et de tous les droits de possession, celui des œuvres de la pensée est le plus légitime.

Mais d'autre part, il faut considérer que la société a droit à toute découverte utile, en raison de la suprématie de l'intérêt général sur l'intérêt privé; et de plus, qu'elle est déjà en possession des découvertes antérieures, sans lesquelles la nouvelle invention ne se serait point faite. Tout cela doit être mis en ligne de compte pour évaluer le prix à payer à l'inventeur. Il faut donc ici deux choses: reconnaître et protéger les droits de l'inventeur, et défendre ceux de la société.

L'achat du remède par le gouvernement est une mesure dont l'expérience a démontré les nombreux abus.

Et d'ailleurs, si le remède n'a été éprouvé que par un individu, comment apprécier sa valeur réelle? S'il a été éprouvé par tout le monde, quel intérêt a la société à l'acheter?

En accordant au contraire un privilège exclusif à l'inventeur pour vendre son remède, toutes les difficultés s'évanouissent, l'inventeur est payé par son invention même; il est seul à courir les chances heureuses ou contraires; et si le remède est bon, la société n'en sera point déshéritée. On reconnaîtra que l'idée de ce privilège exclusif est empruntée aux brevets d'invention qu'on accorde à l'industrie; mais nous avons dû établir pour les remèdes secrets deux conditions essentielles qui ne sont point réclamées ailleurs. Ainsi, dans l'industrie, un brevet d'invention peut se céder, en totalité ou par partie; cette faculté, laissée toute entière aux inventeurs de remèdes secrets, serait absurde et même contraire à la loi qui attribue uniquement aux pharmaciens reçus et munis de diplômes, la préparation et la vente des médicaments. En outre, on accorde des brevets d'invention en matière d'industrie sans examen préalable, le gouvernement ne garantissant ni l'utilité, ni la nouveauté de la découverte, et laissant seulement la voie ouverte aux attaques en déchéance et en nullité. Ce régime est tout répressif; il n'est nullement préventif. Or, qui ne comprend qu'une telle législation appliquée aux remèdes secrets engendrerait des fléaux incalculables, et livrerait la France à des milliers de spéculateurs qui se feraient même, aux yeux du vulgaire, un titre et un mérite de leur brevet? Il y a à la vérité dans la législation un article qui pourrait remédier à ces désordres, c'est celui qui déclare nul et frappé de déchéance tout brevet d'invention obtenu en matière contraire aux lois du royaume, puisque les lois du royaume défendent à tout autre qu'aux pharmaciens reçus de vendre des médicaments.

Mais il est préférable de donner à la législation plus de précision et de netteté. Ainsi, avant de délivrer à un nouveau remède un brevet exclusif, il faudrait avoir bien constaté, 1° qu'il est nouveau; 2° qu'il est utile; et enfin, le privilège obtenu, il faut que la loi spécifie encore qu'il ne pourra être préparé et vendu que par des pharmaciens.

C'est là le but que la commission a cherché à atteindre par les articles suivans:

ARTICLES DE LÉGISLATION RELATIFS AUX REMÈDES SECRETS.

Art. Ier. A dater de la promulgation de la présente loi, il ne devra plus y avoir de remèdes secrets.

Art. II. L'inventeur d'un remède secret aura droit seulement à une patente de garantie pour la vente exclusive de son remède pendant un certain nombre d'années qu'il limitera lui-même.

Art. III. Cette patente sera délivrée par le ministre de l'intérieur, mais uniquement aux remèdes qui auront obtenu l'approbation de l'Académie royale de médecine.

Art. IV. Pour qu'un remède donne à son inventeur droit à une patente de garantie, il faut qu'il soit bien constaté, 1° qu'il est nouveau; 2° qu'il est utile.

Art. V. Des changemens dans la forme de compositions déjà connues ou dans le nombre de leurs ingrédients ne seront point admis comme remèdes nouveaux.

Art. VI. La vente et le débit des remèdes secrets ne pourront se faire ailleurs que dans les officines de pharmaciens légalement reçus et munis de diplômes.

Art. VII. La patente sera concédée pour dix, quinze ou vingt ans, à la volonté du demandeur.

Art. VIII. Pour obtenir cette patente, l'inventeur sera tenu de déposer deux paquets cachetés contenant la formule exacte et le mode de préparation de son remède, et de plus, un spécimen de ce remède préparé, savoir: l'un des paquets au secrétariat du ministère de l'intérieur, et le second à l'Académie royale de médecine.

Art. IX. Il sera publié tous les ans, par les soins du gouvernement, un catalogue complet des préparations secrètes dont la vente est permise par patente de garantie.

Art. X. Nul ne pourra contrefaire les remèdes ainsi privilégiés sous peine de dommages-intérêts qui seront accordés et évalués par les tribunaux.

Art. XI. Tout propriétaire d'un remède secret pourra en établir un ou plusieurs dépôts par tout le royaume, mais exclusivement chez les pharmaciens.

Art. XII. A l'expiration du brevet, les journaux officiels publieront la formule et le mode de préparation du remède.

Art. XIII. Le brevet sera frappé de déchéance, s'il vient à être constaté, 1° que le remède n'est pas nouveau; 2° ou que l'inventeur n'en a donné, dans les deux dépôts prescrits par l'art. 8, qu'une description inexacte; 3° ou enfin qu'il a contrevenu à quelque-une des dispositions de la présente loi.

Art. XIV. La déchéance emporte la perte du droit payé pour la patente, dont la restitution ne pourra être réclamée.

(Nous n'avons pu saisir le sens exact des art. 15 et 16, qui, d'ailleurs, nous ont paru d'une importance tout-à-fait secondaire.)

Art. XVII. La taxe pour le droit de patente varie selon la durée.

Art. XVIII. Le droit pour une patente de cinq ans sera de 500 fr.; pour dix ans, 1,000 fr.; pour 15 ans, 1,500 fr.; pour vingt ans, 2,000 fr.

(Suivent deux autres articles qui imposent encore d'autres obligations aux porteurs de la patente; et enfin l'article 21 et dernier qui déclare les lois et les décrets antérieurs contraires à la présente loi abrogés.)

1^{re} partie. — Des abus commis dans l'exercice de la médecine.

Deux des questions adressées par le gouvernement demandaient :

1° *Quels sont les abus qui se commettent dans l'exercice de la médecine et pour lesquels la législation actuelle est insuffisante ?*

2° *Quelles seraient les dispositions nouvelles nécessaires pour la compléter à cet égard ?*

Ces abus sont en grand nombre. La commission se flatte d'être parvenue en grande partie à les prévenir et à les réprimer par les trois grandes institutions dont elle désire doter la médecine, savoir : l'établissement d'un ordre unique de médecins, les conseils médicaux de département et enfin le régime des patentes de garantie appliqué aux remèdes secrets. Mais il en est d'autres pour lesquels il est besoin de dispositions spéciales. Nous allons parcourir les principaux.

I.

Première question : *Est-il besoin d'une disposition spéciale pour réprimer les rebouteurs, les dentistes et les oculistes qui exercent sans diplôme ?*

D'après la loi qui nous régit, il est évident que toutes ces professions comprennent une branche de la médecine et ne sauraient être exercées sans diplôme. Ce n'est que par une extension abusive et inexplicable des termes que quelques tribunaux ont pu décider autrement. Toutefois, pour ne laisser à l'avenir aucun doute à cet égard, nous proposerons l'article de législation suivant.

Art. Nul ne pourra exercer la médecine, soit dans sa totalité, soit seulement dans une de ses branches, telles que l'art. du dentiste, de l'oculiste, etc., s'il n'a été reçu docteur dans l'une de Facultés du royaume.

II.

Il y a de graves inconvénients à ce qu'un médecin vende des médicaments, ou qu'un pharmacien exerce la médecine. Le moindre est une polypharmacie ruineuse pour le malade et périlleuse pour la science, sans compter que la médecine et la pharmacie sont assez vastes pour occuper chacune une intelligence tout entière, et ne sauraient être cultivées en même temps avec tout le soin nécessaire. Ce n'est pas que nous refusions à un médecin de se faire recevoir pharmacien et réciproque-

ment; c'est l'exercice simultané des deux professions que nous voulons proscrire. En conséquence :

Article de législation. Nul ne pourra cumuler à l'avenir l'exercice de la pharmacie et de la médecine, sous peine de 1,000 fr. d'amende. L'amende sera triple en cas de récidive.

III.

Un autre abus qu'il importe de faire cesser consiste dans ces compromis, ces espèces de contrats passés entre un pharmacien et un médecin, par lesquels ce dernier envoie à l'autre toute sa clientèle, à condition d'une remise sur le prix des médicaments. Cet abus n'offre pas moins de dangers que le précédent; il compromet d'ailleurs la dignité de l'homme et de la profession. Ils seront souvent difficiles à découvrir; mais ce sera une des attributions des conseils médicaux de département de les rechercher et de les poursuivre devant les tribunaux. Il fallait une peine pour ce délit médical; la voici :

Article de législation. Nul médecin ne pourra contracter aucun compromis avec un pharmacien ni bénéficier en aucune manière sur les remèdes qu'il prescrit à ses clients, à peine de 500 francs d'amende. L'amende sera triple en cas de récidive.

IV.

Un délit, ou plutôt un crime, s'est commis récemment une ou deux fois peut-être; nous voulons parler de la substitution des candidats dans les épreuves probatoires. Pour en prévenir le retour, il serait à désirer que chaque professeur, à la fin de son cours, se fît assister de deux agrégés, et examinât successivement tous ses élèves. Du moins, il faut que les examinateurs, avant chaque épreuve, fassent signer aux candidats une déclaration qui constate qu'ils sont bien eux sous les noms de qui ils se présentent. Et si cette mesure ne suffisait pas, voici la peine que nous inscrivons dans la loi :

Article de législation. Toute substitution de personnes dans les épreuves probatoires du doctorat, sera punie : pour l'individu remplaçant et pour le remplacé, par la perte de toutes les inscriptions qu'ils ont déjà prises et des frais par eux déboursés, sans qu'ils aient droit à aucune restitution. De plus, ils pourront être renvoyés devant les tribunaux comme coupables de faux en écriture privée.

V.

La confusion admise par le public des deux ordres actuels de médecins a entraîné, entre autres abus, celui de faire choisir indifféremment, pour remplir des fonctions publiques quelconques de médecine ou de pharmacie, des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe. C'est ainsi que, dans quelques départements, on a vu le soin d'instruire les sages-femmes confié à des officiers de santé. Le là l'article suivant :

Article de législation. Nul ne pourra exercer des fonctions publiques quelconques de médecine ou de pharmacie, s'il n'est docteur ou pharmacien reçu par une Faculté.

VI.

Le gouvernement a usé et abusé du droit que lui laissent les lois actuelles d'accorder une permission d'exercer en France à des médecins étrangers. Sans doute il est digne de la France, surtout dans ces temps de commotions politiques, d'offrir à tous les exilés une hospitalité large et entière; mais il faut que les droits des nationaux n'en souffrent pas. Il y aurait péril pour les citoyens à admettre à l'exercice de la médecine des docteurs reçus dans certaines Facultés voisines de nos frontières, qui accordent des diplômes avec une déplorable facilité. Y a-t-il d'ailleurs de la politique et de l'équité à nous placer sur le même rang, nous, citoyens soumis à l'impôt, à la conscription, à la garde nationale, et qui n'obtenons notre diplôme qu'à force de temps, d'études et de dépenses, et des médecins étrangers qui n'ont nul droit en France que ceux que leur veut bien accorder la faveur du gouvernement? Et enfin, il n'échappe à personne que le gouvernement, qui s'est réservé jusqu'ici le droit de donner ces permis-

sions, est en pareille matière d'une manifeste incompetence. En conséquence, nous proposons la disposition qui suit.

Article de législation. Tout médecin, chirurgien ou pharmacien, reçu dans une Faculté étrangère, qui voudra exercer en France, devra, avant d'obtenir l'autorisation du gouvernement, se présenter devant une Faculté du royaume pour y subir les actes probatoires.

VII.

Parmi les nombreuses ordonnances qui ont été rendues depuis deux siècles sur l'exercice de la médecine, il en est quelques unes qu'on a voulu nous imposer dans de mauvais jours, et qui prescrivent au médecin, dans de simples intérêts de police, la violation des secrets qui lui ont été confiés à raison de sa profession. Nous devons d'abord le déclarer hautement : ces ordonnances, toutes émanées de la police, telles que celles de 1666, de 1788, de 1801, et celle plus récente de 1832, sont pour nous de nulle valeur, et ce serait, pour un médecin, forfaire à l'honneur, que de s'y soumettre. On l'a dit avec bonheur et vérité, le médecin est ici comme le prêtre ; et les secrets qu'on leur confie sont aussi sacrés pour l'un que pour l'autre. Il y a immoralité à en prescrire la violation ; ce serait la délation la plus odieuse, et la délation, entraînant le déshonneur, ne convient point à nos mœurs constitutionnelles, qui ont pour fondement l'honneur et la vertu. Néanmoins, ces exigences de police pourraient trouver quelque apparence de fondement dans l'art. 378 du Code pénal, qui est ainsi conçu :

Art. 378. Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 fr. à 200 fr.

Cet article demande donc à être modifié. La commission propose d'en retrancher les mots que nous avons soulignés, en laissant subsister le reste de l'article.

VIII

Deux articles du Code civil ont également servi, par une interprétation abusive, à établir comme légale la responsabilité des médecins. Les voici :

Art. 1382. Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383. Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence.

Il est donc vrai qu'en vertu de ces articles, quelques tribunaux ont rendu les médecins responsables de faits de leur pratique ; mais il faut ajouter qu'il existe un bien plus grand nombre de jugemens ou d'arrêts contraires à cette jurisprudence, et Merlin, en parlant des réclamations judiciaires des malades contre leurs médecins, dit qu'il est bien rare que de pareilles poursuites réussissent. C'est déjà trop toutefois qu'elles aient pu réussir une fois.

Ici M. le rapporteur expose toutes les raisons qui militent contre la responsabilité médicale. Autrefois, ajoute-t-il, les juges étaient aussi responsables de leurs jugemens ; on a reconnu qu'un tel ordre de choses compromettrait bien plus qu'il n'eservait les intérêts de la société. Les médecins ont les mêmes motifs à alléguer. Pour eux aussi, la responsabilité doit être toute morale, toute fondée sur leur conscience et le jugement de leurs pairs, à part seulement le cas unique où il y aurait dol constant dans la conduite de l'inculpé. En conséquence, la commission propose l'article suivant :

Art. de législation. Les médecins et les chirurgiens ne sont pas responsables des faits de leur pratique, dans tous les cas où ils auront agi avec bonne foi.

ANALYSE D'OUVRAGE.

TRAITÉ DE CHIMIE THÉORIQUE ET PRATIQUE, par C. DESPRETZ. Deux volumes in-8° avec planches.

Chargé pendant douze ans de répéter le cours de chimie à l'École polytechnique, et d'exercer aux manipulations chimiques les élèves de cette école, auteur de nombreux et consciencieux travaux de physique et de chimie expérimentales, M. Despretz est un de ces hommes auxquels le public avait droit de demander le résultat de leurs études et l'ensemble de leurs idées. Nous ne nous étendrons pas autant que nous le désirerions sur le *Traité de chimie*, mais nous ne pouvons nous empêcher d'attirer quelques instans l'attention de nos lecteurs sur un ouvrage aussi recommandable par la manière dont il résume l'état actuel de la science, par la méthode simple et lumineuse de concevoir et d'embrasser les phénomènes chimiques, que par la sévérité, digne de toute confiance, avec laquelle les expériences ont été faites et rapportées. Nous donnerons au moins une analyse rapide.

L'ouvrage est divisé en quatre parties bien distinctes : 1° chimie inorganique ou chimie minérale ; 2° chimie organique, ou chimie végétale et animale ; 3° généralités, caractères des diverses classes des corps, lois générales, théorie des atomes ; 4° application les plus importantes des arts.

Les principales applications dont il est question dans l'ouvrage sont : la fabrication de la poudre, du verre, de la porcelaine ; l'extraction des métaux ; l'art de la teinture et du blanchiment,

du savonnier, de la tannerie ; l'art de faire le vin, les eaux-de-vie, etc., etc.

On pense bien qu'il ne s'agit pas ici d'une description détaillée de ces arts, mais seulement d'un exposé des principes sur lesquels ils sont fondés. Ces principes suffisent pour comprendre parfaitement tous les arts chimiques, et même pour suggérer des idées nouvelles à ceux qui les exercent.

Tous les points qui peuvent intéresser le médecin ou le pharmacien ont été décrits avec les détails convenables, et comme l'ouvrage se termine par un petit traité d'analyse dans lequel sont indiqués les moyens de reconnaître une substance quelconque, et d'analyser un composé quelconque, on voit quelles lumières la médecine légale peut recevoir du *Traité de chimie*.

La méthode adoptée par l'auteur pour la classification des corps et des combinaisons chimiques, est simple parce qu'elle est fondée sur l'ensemble des caractères, et rentre conséquemment dans les méthodes naturelles.

M. Despretz a réuni dans une même famille, le cuivre, le plomb, le cadmium et le bismuth.

Voici comment tous les métaux sont caractérisés :

1° Métaux oxidés directement par le contact de l'air.

2° Oxides irréductibles par la chaleur seule, mais réduits facilement dans des tubes de verre, par le charbon ou l'hydrogène.

3° Métaux ne dégageant pas d'hydrogène par

l'eau et l'acide sulfurique à la température ordinaire.

4° Sels (nitrates, etc.) stables et cristallisables.

5° Sels en dissolution précipités par l'acide hydrosulfurique.

6° Métaux précipités de leurs dissolutions par le zinc.

C'est surtout dans l'enseignement que cette méthode fait sentir tous ces avantages :

Un élève qui aura gravé dans sa mémoire ces caractères généraux, et qui aura étudié l'un des quatre métaux avec détails, le cuivre par exemple, saura en quelque sorte l'histoire du plomb, du cadmium, et du bismuth. On voit de quel secours peut être une classification raisonnée, dans une science où les faits sont si nombreux.

Le plan de l'ouvrage, comme on voit, est neuf. M. Despretz n'a suivi aucun ouvrage, ni aucun cours dans la distribution de la chimie minérale. Il en a agi de même pour la chimie organique; il a banni la division de la chimie en chimie végétale et en chimie animale, et il a partagé les corps organiques non d'après leur origine, mais d'après leur nature, en composés azotés et en composés non-azotés. Cette innovation a déjà été imitée dans un des cours les plus suivis de la capitale. Il est bien extraordinaire qu'on ait étudié si long-temps le gluten et les alcalis organiques avec des composés non-azotés, parce qu'ils sont tirés des végétaux ainsi que ces derniers; tandis qu'on plaçait les graisses, composés non-azotés, dans les composés azotés. Or, on sait que les composés azotés diffèrent totalement des composés non-azotés; c'est cette classification anti-

logique, qui rendait si rebutante l'étude de la chimie organique.

Si l'on examine l'article alcalis organiques, on verra que l'ouvrage que nous analysons, diffère autant des autres ouvrages du même genre, par la disposition des articles particuliers, que par le plan général; et nous ne doutons aucunement que la plupart de ces innovations ne trouvent de prompts imitateurs.

M. Despretz ne s'est pas borné à faire une rédaction; il a répété tous les procédés; il les a souvent modifiés. Il a fait aussi de nouvelles expériences, et ceux qui ont lu quelques-uns de ces mémoires, savent avec quelle sévérité d'analyse et avec quel esprit ingénieux il expérimente. C'est ainsi que voulant réunir le cobalt et le nickel au fer et au zinc, il a cherché à savoir si ces métaux décomposent l'eau à la température rouge, propriété qu'ils possèdent en effet, et qu'on ne leur avait pas reconnue. En parcourant le traité de chimie, on verra qu'il a obtenu dans son laboratoire une blende naturelle, qu'il a décidé la question de la coloration des sels de manganèse, de la préparation de l'acide acétique cristallisable, de l'irréductibilité du manganèse par l'hydrogène, du dégagement d'azote dans la respiration de tous les animaux; de la combinaison directe de l'azote avec les métaux, etc.

Après cette courte analyse, nous n'avons rien à dire sur l'utilité dont peut être l'ouvrage de M. Despretz, à ceux qui étudient pour la première fois, comme à ceux qui veulent avoir présentes à leur esprit leurs premières études.

H. GOURAUD.

Le rapport de M. Double sur l'organisation de la médecine en France, touchait de trop près aux intérêts de tous nos lecteurs, pour que nous voulussions en rien retrancher; mais notre revue littéraire a dû nécessairement avoir moins d'étendue, et c'est avec peine que nous nous sommes vus dans l'obligation de la tronquer.

II. — REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

SUR LES INCONVÉNIENTS QUE PRÉSENTE LE BATTAGE DES TAPIS. — Par M. PARENT DU CHÂTELET.

Parmi les écrivains qui se sont livrés à l'étude de l'hygiène; il n'en est pas qui ait mis dans ses recherches autant de courage, de désintéressement et de sagacité que M. Parent du Châtelet: observateur infatigable, il a pu apprécier l'influence de presque toutes les professions, et sur la santé de ceux qui les exercent, et sur la santé publique. Aussi, les nombreux travaux qu'il a consignés dans les Annales d'hygiène publique, et ceux qu'il a publiés d'ailleurs, sont-ils le meilleur répertoire où puissent trouver d'utiles renseignements et les médecins chargés d'éclairer l'autorité sur les questions d'hygiène publique, et les magistrats auxquels est confié l'assainissement des cités.

Dernièrement encore, M. Parent du Châtelet a fait au préfet de police de Paris un rapport sur cette question: « Y a-t-il inconvénient à permettre au sieur V...., batteur de tapis, d'exercer son industrie en plein air au voisinage de quelques habitations? » — Quelque peu intéressante que semble un pareil sujet, M. Parent du Châtelet y trouva matière à des discussions pleines d'intérêt.

Les habitans des maisons voisines de l'établissement

projeté allèguent deux motifs d'opposition sur lesquels M. Parent du Châtelet avait à répondre: 1° l'insalubrité; 2° l'incommodité. 1° Sous le rapport de l'insalubrité, les opposans prétendent que la poussière qui sort de ces tapis absorbe et porte avec elle les principes de maladies diverses; qu'elle cause des ophthalmes, des toux, des irritations de poitrine, et que les parcelles laineuses qu'elle entraîne avec elle donnent naissance à des crachemens de sang qui se terminent par la phthisie; ils apportent en preuve de ce qu'ils avancent, les ouvriers occupés au battage des tapis, que l'on ne trouve que difficilement, qui sont payés fort cher, qui restent pâles, maigres, et qui ne peuvent se soustraire aux maladies de poitrine.

M. Parent du Châtelet répond victorieusement à toutes les objections, non d'après les écrits des auteurs qui se sont occupés d'hygiène, mais d'après les faits qu'il a observés lui-même.

Nous avons, dit l'auteur, visité dans tous les hôpitaux et hospices de Paris, les ateliers où sont battus les matelas sur lesquels sont morts un grand nombre d'individus; nous avons questionné les ouvriers qui s'y trouvaient, et tenu note de leurs réponses; or, de ces réponses, il résulte que tout individu bien portant pourra vivre impunément dans une atmosphère infectée et tellement chargée de poussière, qu'à peine pourra-t-on y voir;

mais que tout individu déjà phthisique ou disposé à la phthisie ne pourra y résister.

Les ouvriers qui travaillent dans les ateliers de M. Ternaux, où l'on bat les poils de cachemire et de chameau, n'éprouvent aucune altération dans leur santé, bien qu'ils vivent au milieu d'une poussière épaisse et suffocante.

Il existe à Paris un grand nombre d'ateliers de dix, quinze, vingt femmes et plus, occupées à couper les poils de lièvres et de lapins; leurs cheveux et leurs vêtements en sont couverts; elles en respirent donc des quantités énormes, car elles ne peuvent travailler que dans des endroits clos, et cependant ces femmes se portent bien.

Il en résulte que les poussières des tapis, en tant que matières animales, n'ont rien de dangereux; il en est de même si on les considère comme corps simplement inertes.

Si l'argile et le silex réduits en poudre pouvaient, par leur seule introduction dans la poitrine, déterminer des crachemens de sang et même la phthisie, que deviendraient une foule de personnes dont les habitations sont placées sur le bord des routes? Les plâtriers, les maçons, les charbonniers, les mineurs, les meuniers, les ouvriers employés aux fabriques de tabac, respirent impunément les poussières en apparence les plus délétères.

Mais on ne peut contester que des personnes dont les poumons sont déjà malades, supporteront impatiemment l'action de ces mêmes poussières; qui d'ailleurs n'auront rien de plus irritant que celles qui passent pour les plus innocentes.

De ces faits, M. Parent du Châtelet conclut que, sous le rapport de la salubrité, l'établissement projeté ne présente aucun inconvénient. (*Annales d'Hygiène publique. Juillet 1833, p. 65.*)

GROUP OBSERVÉ SUR LE CHEVAL. — TRACHÉOTOMIE. — GUÉRISON. — Par M. Riss.

Un incendie éclata un jour dans une écurie où se trouvaient douze chevaux. Dix de ces animaux purent sortir presque immédiatement; deux autres restèrent pendant assez long-temps pour être enveloppés par les flammes. Leurs poils furent brûlés; mais la peau ne le fut pas. Quand ils furent sortis de l'écurie, on s'aperçut que la membrane muqueuse des naseaux était violemment enflammée, et qu'elle était le siège d'un écoulement séro-muqueux abondant. Cependant l'inflammation existait également dans le larynx, comme l'indiquait une toux rauque et fréquente. Elle augmenta de jour en jour, et bientôt on vit se former des concrétions fibrineuses sur la membrane muqueuse pituitaire. En même temps, la respiration devint de plus en plus difficile, et les deux chevaux rendirent par les naseaux des concrétions membraneuses qui s'étaient détachées du larynx et des bronches. — L'un de ces animaux se guérit sans opération; mais, chez l'autre, la respiration devint tellement laborieuse, que M. Riss se vit obligé de pratiquer la trachéotomie. La dyspnée cessa à l'instant: le chirurgien injecta dans les bronches trois onces d'eau tiède dans laquelle on avait mis deux gros d'oxyde de sodium. Six jours après l'opération, la canule pût être retirée et l'animal fut parfaitement guéri quinze jours après. (*Recueil de Méd. vét. — Août, 1833.*)

DE LA COMPRESSION DANS LE TRAITEMENT DES FISTULES SYNOVIALES. — Par M. Lecoq (de Lyon).

Tous les praticiens sont à peu près d'accord sur le traitement des plaies des articulations; mais les ouvrages de pathologie chirurgicale n'indiquent pas assez les moyens qu'il faut mettre en usage lorsque les plaies tardent à se guérir, et qu'il reste des fistules synoviales. M. Lecoq, chef de service à l'école vétérinaire de Lyon, vient d'éclairer ce point important de thérapeutique, et, dans un mémoire plein d'intérêt, il a rapporté quatre observations relatives à des fistules synoviales, consécutives à des plaies articulaires, et dans lesquelles il a employé avec le plus grand succès la compression métho-

dique, compression pratiquée sur l'ouverture même de la fistule.

Dans les observations que je viens de rapporter, dit ce praticien, on peut remarquer la prompte diminution de l'écoulement synovial après l'emploi d'une compression méthodique. Je suis porté à regarder le mécanisme de la cicatrisation des membranes synoviales comme analogue à celui par lequel se ferment les vaisseaux sanguins, lorsque leurs parois ont été incisées. Une portion du liquide contenu se coagule dans l'ouverture, adhère à ses lèvres, et finit, en s'organisant, par faire partie des parois qui ont été entamées. La compression favorisant la formation et le séjour du caillot, doit nécessairement hâter le moment de la cicatrisation.

On voit assez souvent des fistules synoviales se guérir d'elles-mêmes sans aucun soin; mais si l'on y fait bien attention, on reconnaîtra que la synovie s'est trouvée arrêtée dans la fistule par les croûtes qui se sont formées à son ouverture extérieure.

La cautérisation des plaies de cette nature agit en provoquant l'engorgement des parties les plus rapprochées, en même temps qu'elle produit une eschare qui intercepte le passage de la synovie assez long-temps pour que le caillot adhère aux parties avec lesquelles il se trouve en contact. La cautérisation ne produit cet effet que lorsqu'elle est bornée à l'ouverture de la fistule, et elle en produirait certainement un tout opposé si on l'étendait jusqu'à la capsule ouverte.

En résumé, on peut appliquer au traitement des plaies synoviales les principes suivans:

1^o Calmer les symptômes inflammatoires ou les prévenir;

2^o Traiter par les moyens appropriés les complications qui peuvent survenir dans les parties osseuses qui concourent à la formation de l'articulation.

3^o La douleur étant dissipée ou diminuée, employer la compression au moyen des compresses graduées;

4^o Aider cette compression par les caustiques légers dont l'action, tout en réprimant les bourgeons, produit un engorgement qui favorise le rétrécissement de la fistule.

5^o Sur les régions où la compression est difficile ou impossible, produire un engorgement par des topiques irritans, ou par l'application du feu autour de la fistule, et même dans son ouverture extérieure.

6^o Borner autant que possible le mouvement de la partie, jusqu'à la complète cicatrisation de la fistule. (*Recueil de méd. vét. — Août, 1833.*)

RENVERSEMENT DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS, COMPLIQUÉ D'INDIGESTION MÉPHITIQUE, AVEC SURCHARGE D'ALIMENS. — PONCTION ET INCISION DU RUMEN. — RÉDUCTION DE L'UTÉRUS. — GUÉRISON. — Par M. PRÉTOT, vétérinaire.

M. Prétot fut appelé pour donner des soins à une vache qui avait mis bas depuis trois heures, et dont l'utérus complètement renversé tombait jusque sur les jarrets. Après avoir nettoyé la membrane muqueuse de la matrice qui était souillée par de la paille et par des ordures, M. Prétot réduisit à grand-peine l'utérus et le maintint avec le pessaire à rondelles inventé par M. Leblanc. Cependant l'animal fit de violens efforts, la hernie reparut, et il survint un météorisme du rumen tellement considérable, que l'asphyxie était imminente. Le médecin alors enfonça verticalement dans le rumen un bistouri droit, à défaut de trocart. A l'instant même, des gaz et des alimens sortent avec impétuosité et la vache éprouve un soulagement marqué. Il fixe alors dans le rumen un tube de bois de sureau dégagé de sa moelle, et réduit de nouveau la hernie de l'utérus.

Une heure après, la matrice s'était encore renversée, la membrane muqueuse était rouge et tuméfiée. M. Prétot pratiqua à sa surface de profondes scarifications, et fit pour la troisième fois la réduction; mais cette fois, il se servit du bandage décrit par M. Moraud, vétérinaire à Versailles. Et comme l'incision du rumen n'avait pas permis de vider ce viscère, on prolongea l'incision du flanc gauche, et, par cette ouverture, on retira environ quinze litres de masse alimentaire.

On retira le bandage quatre jours après. La plaie du flanc gauche et du rumen se rétrécit lentement ; néanmoins, l'animal recommença à ruminer le cinquième

jour de l'opération. La plaie ne fut entièrement cicatrisée et la santé complètement rétablie que six semaines après. (*Recueil de méd. vét.* — Août, 1833.)

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

DE L'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA CARIE DES VERTÈBRES. — Par M. PATTERSON.

L'utilité fort contestable de l'iode dans le traitement des scrofules, a engagé M. Patterson de Dublin à essayer ce médicament dans une maladie presque toujours scrofuleuse, je veux parler de la carie des vertèbres. Ce praticien prétend avoir obtenu de tels succès, qu'il ne craint pas de dire que l'iode n'est pas moins efficace dans le mal de Pott que dans le bronchocèle. Il a cité trois faits principaux dont nous allons donner l'analyse rapide.

Première observation. — Le premier malade était un jeune homme de quatorze ans, la sixième vertèbre dorsale semblait complètement affaissée ; le corps de la cinquième et de la septième était presque entièrement détruits. La marche était impossible, aussi bien que l'érection de la colonne vertébrale. — Douleur continuelle dans le dos, face pâle, amaigrissement, tranchées, sueurs nocturnes. Deux cautères avaient été appliqués et restaient ouverts depuis neuf mois. — Après avoir inutilement administré la ciguë, la quinine, la jusquiame, M. Patterson ordonna au malade cinq gouttes de teinture d'iode trois fois par jour. Après sept semaines de ce traitement, toute douleur de dos avait cessé. On ferma le cautère, et, quinze jours plus tard, toutes les fonctions étaient dans la plus complète intégrité. La démarche était ferme, et l'aspect était celui de la santé. Depuis lors, l'enfant n'a cessé de jouir de la plénitude de sa santé. — Il n'est pas dit dans cette histoire si le jeune malade resta bossu ; il est bien probable que la gibbosité ne disparut pas ; et l'on ne conçoit guère qu'elle eût pu disparaître.

Deuxième observation. Une femme de vingt-six ans, malade déjà depuis plusieurs mois ; se présenta à M. Patterson ; elle avait dans l'aîne droite un abcès par congestion qui suppurait abondamment ; faiblesse et engourdissement dans les extrémités inférieures ; saillie des apophyses épineuses de la dernière vertèbre dorsale et des deux premières lombaires ; fièvre hectique irrégulière. — On commença par cinq gouttes de teinture d'iode trois fois par jour ; puis on alla jusqu'à dix sans dépasser cette dose. Le malade recouvra rapidement la santé, la suppuration de l'aîne cessa graduellement, et, au bout de trois mois, la guérison était complète.

Troisième observation. M. Patterson fut consulté pour une jeune demoiselle de quatorze ans, qui, à l'âge de neuf ans, avait éprouvé de vives douleurs de dos accompagnées d'affaiblissement des extrémités inférieures. Deux cautères avaient été appliqués, et avaient amené la guérison au bout d'un an. Cependant, en avril 1832, c'est-à-dire près de trois ans après la cessation des accidents, la jeune malade commença à éprouver de nouveau des douleurs de dos, des élancements et de l'engourdissement dans les cuisses, ainsi que l'impossibilité de diriger les mouvements de ses pieds. — En examinant la colonne vertébrale, on trouva les quatre dernières vertèbres dorsales déjetées en arrière, de manière à saillir d'un quart de pouce au-delà des autres ; il n'y avait d'ailleurs pas de gibbosité, ce qui indiquait que le corps des vertèbres n'était pas profondément altéré.

On pratiqua au bas du dos des frictions avec la pomme stibiée, et l'on prescrivit en même temps cinq gouttes de teinture d'iode trois fois par jour. — Après trois semaines de traitement, la douleur du dos et des cuisses avait entièrement cessé. Cependant, un saignement de nez considérable ayant fait suspendre l'iode, les douleurs reparurent quatre ou cinq jours après. — On reprit l'usage du médicament, et bientôt la santé fut complètement rétablie.

Quelques miraculeuses que semblent les guérisons opé-

rées par M. Patterson, nous ne les révoquerons point en doute, et nous engagerons au contraire nos confrères à essayer l'iode dans la carie des vertèbres, et à soumettre souvent à l'expérience un médicament dont on a trop vite, exalté les propriétés bienfaisantes. — (*The Medico-Chirurg.-Review.* July 1833, p. 266).

CONSERVATION DE L'ACTION MUSCULAIRE APRÈS LA MORT.

M. le docteur Elliotson, dans ses intéressantes leçons, avait agité la question suivante : « L'action musculaire peut-elle se conserver après la mort ? » Il l'avait résolue affirmativement, et il pensait que ce phénomène n'était pas très-rare, surtout après les morts qui n'avaient pas été précédées d'une longue maladie. — Un fait de ce genre vient d'être publié dans la *Lancette* anglaise, et il nous a semblé intéresser à la fois et la physiologie, et la médecine légale.

Une dame fut prise d'un choléra violent qui la fit mourir en peu d'heures. Un médecin arriva au moment où la malade venait d'expirer. Il examina le cadavre avec le plus grand soin, et il ne reconnut aucun signe de vie. Cet examen avait duré une heure. Le médecin quitte alors l'appartement, et s'arrête quelque temps à la porte pour parler à l'un des amis de la défunte, quand il est frappé tout d'un coup par de grands cris. « Pour l'amour de Dieu, remontez ou je meurs ! Elle vit ! elle se meut ! » C'étaient les cris d'une vieille domestique qui avait passé la nuit auprès de sa maîtresse, et qui avait reçu son dernier soupir. Elle disait avoir vu la défunte mouvoir les doigts. — Le médecin attribua ce mouvement au relâchement subit des muscles qui a lieu quelquefois peu de temps après la mort, lorsqu'il aperçut lui-même un tremblement manifeste dans la plupart des doigts de la main droite. La mâchoire inférieure se mouvait comme dans l'acte de la mastication. Aussitôt, on mit en usage tous les moyens les plus énergiques propres à rappeler la vie ; mais ce fut inutilement. La main droite continua de se mouvoir pendant une heure, et la mâchoire pendant trente minutes ; sans qu'il se manifestât aucune pulsation du cœur.

(*The Lancet.* — Sept. 28, 1833.)

TÉTANOS TRAUMATIQUE GUÉRI PAR LE SOUS-CARBONATE DE FER A HAUTE DOSE. — Par M. DEHANE.

Un ouvrier, âgé de quarante-trois ans, fut grièvement blessé à la jambe. Douze jours après l'accident, il commença à éprouver un peu de resserrement des mâchoires. La plaie d'ailleurs était en bon état, et toutes les fonctions s'exécutaient avec intégrité. *Traitement* : Décocction de quinquina, une demi-livre ; teinture d'opium, cent gouttes ; poudre de quinquina et carbonate d'ammoniaque, de chaque, deux gros ; prendre de cette mixture une once toutes les deux ou trois heures.

Cette médication fut continuée pendant six jours ; cependant le resserrement de la mâchoire était encore plus prononcé ; les muscles étaient tous dans un état de rigidité tétanique complète. Des convulsions extrêmement douloureuses revenaient par paroxysmes. — On ordonna alors douze onces de sous-carbonate de fer à prendre dans la journée. Le soir, on administra de l'huile de ricin. — Le malade fut abondamment purgé, et la nuit fut mauvaise ; cependant, vers le matin, il y avait un peu moins de convulsions que la veille. — *Traitement* : Une livre de sous-carbonate de fer dans la journée.

Le jour suivant, notable amélioration ; un peu de relâchement dans la mâchoire ; cessation de la douleur dans les muscles du col ; constipation. — *Traitement* : Continuer la même dose de sous-carbonate de fer. De plus, — Infusion de séné, six onces ; sulfate de magné-

sie, une once; poudre de jalap, un demi-gros; pour une potion purgative, dont on prendra deux cuillerées à bouche toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il survienne des garde-robcs.

La nuit est bonne, et, le lendemain matin, il n'y a plus de symptômes tétaniques. On cesse l'usage du sous-carbonate de fer, et, vingt-quatre heures après, les spasmes reparissent avec une nouvelle force. — On revient au même médicament, que l'on prescrit encore à la dose d'une livre. La mixture purgative est continuée.

En définitive, les spasmes cèdent rapidement, et le malade est complètement guéri dix jours après le commencement du traitement par le sous-carbonate de fer.

(London, Méd. Gazette. — Octob., 1833.)

DE L'INCERTITUDE DE LA DURÉE DU TRAVAIL DE L'ENFANTEMENT. — Par M. J. Chatto.

Tous les accoucheurs un peu expérimentés savent combien il est difficile de décider d'une manière positive quelle sera la durée du travail; cependant on ne peut résister au désir de donner des espérances à la femme dès que l'on est en droit d'en concevoir; et bien souvent un accouchement qui semblait devoir se terminer promptement, dure plusieurs jours, tandis qu'un autre qui semble devoir être fort difficile, se termine en quelques instans. M. John Chatto rapporte plusieurs faits qui viennent à l'appui de ces réflexions. Une dame de vingt-trois ans qui avait eu deux enfans, fut prise pour la troisième fois des douleurs de l'accouchement; les contractions utérines se succédaient avec rapidité, la dilatation du col était de près d'un pouce; le vagin était souple et lubrifié de mucus. Cependant, le travail s'arrête court, et, une semaine après, les contractions utérines recommencent avec énergie, et l'accouchement se termine en quelques heures.

Une dame de trente-cinq ans avait eu cinq enfans. Lorsque M. Chatto fut appelé près d'elle, les douleurs étaient faibles. Le col utérin était élevé, peu dilaté quoique mince. Deux contractions énergiques survinrent tout à coup, et la tête franchit le périnée.

M. Chatto cite encore quelques faits semblables qu'il est inutile de rapporter ici.

(London, med. Gazette. — October 1833, p. 801.)

HYDROPHOBIE SUIVIE DE GUÉRISON, PAR LE DOCTEUR MEYER.

Un homme mordu par un chien au milieu du mollet droit, le 11 mars 1815, fit peu d'attention à sa plaie jusqu'au 17 du même mois, et alors la douleur du pied le força de garder le lit. Le docteur Meyer fut appelé le 18; il trouva une très vive inflammation des parties, et comme, sur sa demande, on lui dit que le chien n'était pas enragé, il se contenta de débrider la plaie, et d'appliquer dessus une ventouse. Le soin du malade fut confié à un chirurgien.

Le 3 avril, le docteur Meyer, appelé de nouveau, trouva le malade assis dans le milieu de la chambre, le pied posé sur une chaise, les yeux étincelans, déchirant sa chemise jetant de tous côtés sa salive, tout le visage gonflé et bleu, le pouls petit à 120 pulsations. La plaie était sèche; le malheureux prononçait quelques mots inintelligibles, et entraînait en convulsion à la vue d'un objet brillant: Horreur de tout liquide avec impossibilité de l'avaler. Il fut saigné jusqu'à défaillance; 10 sangsues furent appliquées autour de la morsure, qui fut scarifiée, saupoudrée de cantharides, et recouverte de cataplasmes chauds. Le calomel fut prescrit à la dose de quatre grains toutes les heures; on dut faire toutes les trois heures des frictions de deux gros d'onguent mercuriel sur le membre malade et sur l'épine. — à 11 heures du matin, il n'y avait pas de changement, mais, le soir, le malade avait eu une sueur très abondante et très fétide, d'odeur cuivreuse; le spasme était beaucoup moins fort, le pouls à 80 pulsations calmes; l'urine abondante, sédimenteuse. La déglutition des liquides était encore impossible.

Le lendemain, 4 avril, mêmes phénomènes critiques: le malade prit une tasse de café. Depuis ce moment, le mieux se soutint et s'accrut. On laissa suppurer la plaie

les mois d'avril et de mai, et jusqu'au mois de juillet 1832, il n'y avait point eu de nouveaux phénomènes d'hydrophobie.

Pendant la durée du traitement, le malade prit 96 grains de calomel, sans aucune salivation; de plus, 16 gros d'onguent mercuriel, et perdit environ 36 onces de sang.

(Hufel Journal, juillet 1833.)

OBSERVATION D'UNE POCHE ANNEXÉE A L'ŒSOPHAGE ET COMMUNIQUANT AVEC LUI (diverticulum œsophagi), par le docteur LUDWIG KUHNE.

Un homme de 54 ans d'une forte constitution, éprouve tout à coup, en mangeant, une vive douleur le long du col. Depuis, cette douleur ne manqua jamais à aucun des repas. D'après les conseils d'un médecin, cet homme fit usage de vin rouge et d'artringens pour gargarismes. Ce traitement ne fit qu'empirer le mal, et, au bout de plusieurs mois, à chaque repas, il y avait une véritable rumination: une partie des alimens, après être restée un certain temps dans l'œsophage, remontait pour être avalée de nouveau. Le médecin donna à cette maladie le nom de *ruminatio spastica*, et administra un traitement antispasmodique qui fut d'une complète inutilité. — Une consultation fut formée; on reconnut qu'il y avait, en effet, rumination; un repoussoir introduit dans l'œsophage, s'arrêtait bientôt, et n'allait certainement pas jusqu'à l'estomac; sur les côtés du col, il y avait une tumeur qui, par la pression du doigt, paraissait se vider en partie dans l'œsophage, en partie dans l'estomac. L'amaigrissement progressif du malade, l'inutilité de tout traitement rationnel annonçait une maladie organique.

Au bout de 9 ans de souffrances, cet homme mourut dans le marasme.

A l'autopsie, on trouva un *diverticulum œsophagi* au-dessous des fibres transversales du muscle constricteur inférieur. A sa naissance, ce *diverticulum* était très étroit; n'avait pas le diamètre de l'œsophage, et il s'élargissait tout à coup, ayant 3 pouces 9 lignes de long sur 1 pouce $\frac{3}{4}$ de large: il contenait plusieurs onces de liquide. Ce sac s'étendait en haut jusqu'au milieu du cartilage thyroïde, en bas jusqu'au 14^e anneau de la trachée. Les parois, assez épaisses, étaient constituées par trois membranes; la membrane extérieure n'était qu'un tissu *cellulaire* lâche recouvrant les fibres musculaires, se répandant de l'œsophage sur le kyste. La seconde tunique, *vasculaire*, était plus épaisse au niveau du *diverticulum* qu'au niveau du pharynx et de l'œsophage. La membrane interne formait l'épithélium qui se continuait avec celui de l'œsophage.

La nécropsie expliqua donc la marche de la maladie. — Cette lésion anatomique répond à celle qui a été décrite par Baillie, et qui se trouve dans le Recueil de Hunter. Dans ce dernier cas, le *diverticulum* avait été formé par l'introduction d'un noyau de crise qui poussa devant lui les tuniques de l'œsophage: le noyau fut rejeté dans un effort de toux, mais la poche du *diverticulum* continua à se développer, et à conserver toujours une portion d'alimens

(Rust's magazin.—B. 49. H. 11.)

CLINIQUE DE L'ANNÉE 1831 A 1832, par le docteur CHIAPPA.

Vingt-cinq dartreux ont été admis dans la salle de clinique. Tous ont été guéris en plus ou moins de temps. Si la guérison s'est démentie par la suite chez quelques-uns, la faute n'en est pas au médecin, mais aux malades qui, une fois guéris, n'ont plus voulu s'assujettir au régime prescrit, et se sont remis à boire du vin et à manger de la viande.

Le docteur Chiappa prétend que les dartres ne doivent point être classées en ordres, en genres et en espèces, parce que leur forme tient le plus souvent à une simple éventualité; il crie contre les nomenclateurs qui ont embrouillé la science au lieu de lui rendre service.

Voici, sur la nature des dartres, la doctrine du docteur Chiappa, dont nous nous gardons bien d'être solidaires: les dartres sont produites par une cause qui agit plus sur les extrémités veineuses que sur les extrémités arté-

rielles, ou réciproquement. De ce point de départ l'affection gagne le système lymphatique ou le système nerveux dans une partie des tégumens. Souvent il y a concours de deux causes à la production d'une dartre, et la prédisposition d'un sujet ne doit compter que pour une cause très éloignée; la forme ne fait que modifier la dartre sans en changer la nature, aussi le traitement doit-il être toujours identique. La dartre n'est qu'une inflammation de toute la peau ou d'une de ses parties; c'est une *cutite* ou *dermatite*, suivant le langage de quelques nomenclateurs. Or, cette phlegmasie peut-elle demander un traitement différent de toute autre phlegmasie aiguë ou chronique, intense ou légère?

Le vulgaire est près de signaler la vraie nature des dartres, lorsqu'il dit qu'elles sont un échauffement du sang, et qu'en conséquence il se met à l'usage des rafraichissemens, tels que le petit-lait, l'eau pure pour boisson; l'erreur générale vient de ce qu'on se figure que l'existence de la dartre tient à un vice humoral, et que, d'après cette théorie, on établit une thérapeutique dépurative. Ce n'est point cela: le fond de la maladie est une phlegmasie de la peau, liée plus ou moins à un état particulier du sang, de même que la pleurésie est une maladie de la plèvre liée à un état particulier du sang. Si la dartre est légère, vous pouvez vous en guérir avec les rafraichissemens, le repos, l'usage exclusif de l'eau, mais si elle est intense, il faut des moyens plus énergiquement rafraichissans.

A l'appui de cette théorie, l'auteur cite l'observation d'un homme qui était couvert de la tête aux pieds d'une dartre ressemblante à une lèpre; laquelle avait commencé par des boutons furonculieux. Les boutons s'étaient remplis d'une humeur concrétée sur place; on avait essayé des remèdes de toute sorte, et toujours inutilement, parce qu'on n'avait point pensé à la saignée. Supposons que les boutons, au lieu de s'être répandus sur tout le corps, se fussent concentrés sur une seule région de la peau, il se fut développé là une inflammation vive qu'on aurait combattue par la saignée. Eh bien! c'est du plus au moins. Il faut saigner dans les dartres, plus ou moins saigner, selon leur degré d'intensité, faire la médecine de la cause, non des symptômes. Appelez cette inflammation *dartres*, permis à vous, pourvu que vous traitiez la dartre comme toute autre inflammation. D'ailleurs, le sang tiré du bras d'un dardreux, présente presque toujours la couche pleurétique.

La guérison du *lèpreux* vient justifier la théorie de notre auteur. A la vérité, cette guérison ne se soutint pas, mais c'est parce que le sujet, adonné à l'ivrognerie, se remit à boire du vin et à manger de la viande.

Ainsi, avez-vous à traiter une dartre ancienne, animée; saignez et resaignez. Bientôt les élémens de la dartre qui étaient fixés dans une région du corps, seront attirés et se répandront dans la grande circulation. Alors le sang offrira dans la palette, la couenne bien formée, c'est tant mieux. La fièvre qui survient est un moyen employé par la nature pour débarrasser la région anciennement affectée: une affection chronique quelconque ne guérit qu'en revêtant le caractère aigu.

A la saignée, le docteur italien associe, suivant le besoin, les anti-phlogistiques et quelques autres moyens tels que la décoction de douce-amère, le soufre d'antimoine et de mercure, la décoction de bardane et de patience, le tartre stibié, le nitre, le mercure doux; les bains ne sont employés que comme *préparatifs* ou moyens de propreté.

La classification des dartres est aussi simple que la théorie. Le docteur Chiappa les partage en quatre classes: 1° dartres *pustuleuses*, telles que les herpès, le psora, la teigne, etc.; 2° dartres *squammeuses*, comme la lèpre, l'éléphantiasis, l'ichthyose, la psoriasis, le ptyriosis; 3° dartres *maculeuses*, ce sont les éphélides, les signes apportés en naissant (*naevi*), les taches hépatiques, les achromes; 4° dartres *tuberculeuses*, les fies, les verrues, les acnés, les loupes, etc.

OBSERVATION D'UNE HERNIE AVEC ÉTRANGLEMENT, guérie sans le secours de l'art, par Constantin Rozetti.

L'auteur de cette observation nous paraît être un

jeune praticien. Ce qui nous le fait croire, c'est qu'il s'indigne contre un charlatan, au lieu de le mépriser, et qu'il juge comme extrêmement graves des symptômes faits pour inspirer moins de crainte que d'espérance.

Une pauvre veuve, mère de deux enfans, avait joui de la meilleure santé jusqu'à l'âge de quarante ans. Dans un effort qu'elle fit pour soulever un fardeau, elle sentit tout à coup une très-vive douleur à l'aîne droite; et en y portant les doigts, elle y trouva une petite grosseur dont la pression la faisait cruellement souffrir. Il lui fallut se mettre au lit et appeler au secours une voisine qui fit tout ce qu'elle put pour la soulager, mais inutilement. En deux jours, le mal avait fait de tels progrès que la vie était en danger.

Survient un soi-disant chirurgien, qui à la première inspection d'une tumeur située dans le pli de l'aîne, ose bien plaisanter cette pauvre femme sur un mal contagieux dont elle avait raison de ne pas se douter. Le charlatan, en se retirant, lui laisse des poudres, un emplâtre et un onguent, et dit qu'il repassera dans quelques jours. Il ne revint pas, et le neuvième jour de l'accident, la tumeur s'ouvrit d'elle-même, et il en sort du pus et des matières fécales. Ici M. Bozetti fait un tableau horrible de cette gangrène salutaire; pourtant la vie était sauvée, et on n'avait plus à craindre qu'une infirmité dégoûtante. Le bonheur passa l'attente du docteur. De simples lotions, un régime substantiel et le bon tempérament de la femme, procurèrent une guérison radicale en deux mois. Cette observation importante et curieuse au fond est incomplète en beaucoup de points.

M. Bozetti, craignant apparemment qu'on n'inférât de cette cure, due toute entière à la nature, qu'il était partisan de la médecine expectante, fait une vigoureuse sortie contre les médecins qui ne croient pas à la puissance de leur art.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR VOLUMINEUSE A LA NUQUE, extirpée avec un plein succès; par M. CHARLES SACCHI, docteur en médecine et en chirurgie, chirurgien principal de l'hôpital de Trévise.

Jeanne Hossone, née de pauvres parens, s'aperçut à l'âge de trois ans d'une tumeur qui lui venait à la nuque. Ses parens virent croître cette tumeur sans en prendre aucun souci, parce que l'enfant jouissait toujours d'une bonne santé. Cependant le mal faisait de jour en jour des progrès; et parvenue à quatorze ans, cette fille se plaignit d'être incommodée par le poids de sa tumeur. Alors les parens se décidèrent à consulter quelqu'un de notre profession. On ne sait pourquoy, il ne fut rien entrepris. La tumeur s'accrut rapidement depuis treize jusqu'à dix-huit ans, et cette pauvre fille continuait à se porter si bien d'ailleurs, qu'elle ne se serait pas occupée de son infirmité, si ce n'eût été la honte de se montrer et l'impossibilité de faire quelque ouvrage pour gagner sa vie.

Le docteur Sacchi fut appelé au mois d'octobre 1832, La malade lui parut scrofuleuse, peu développée pour son âge, quoique en assez embonpoint. Elle était bien réglée depuis huit mois.

La tumeur, oblongue, avait la forme d'un oreiller, s'étendant sur la partie postérieure du cou, depuis le bord postérieur d'un pariétal et une apophyse mastoïde jusqu'au milieu de la clavicule d'un côté à l'autre. Mesurée à sa base, elle offrait trente-deux pouces de circonférence. Sa surface était lisse et sa consistance ferme en grande partie et ramollie en quelques points. Ce qu'il importe surtout de savoir, c'est que cette tumeur était mobile en tous sens.

L'opération en fut décidée dans une consultation, au grand contentement de la jeune fille. Le chirurgien fit l'extirpation en incisant de haut en bas. Il eut à vaincre quelques difficultés, comme de détacher la tumeur des apophyses épineuses de l'os occipital, et de lier deux ou trois artères. L'opérée, qui avait montré beaucoup de courage, finit par se trouver mal. Il fallut la coucher avant de se mettre à la pauser; ensuite on fit le pansement méthodique qui n'eut rien de bien particulier. Pour réprimer un suintement hémorrhagique, on fit usage de glace contenue

dans une vessie ; il eût été mieux de tenir une main appliquée à plat sur l'appareil pendant quelque temps.

La tumeur pesait vingt-quatre livres. Son tissu était lardacé près de la surface, de substance squirrheuse à sa base adhérente au cou, et de substance cartilagineuse et même osseuse dans son épaisseur.

Aucun accident notable nesurvint. L'appareil fut levé

le cinquième jour, et après quatre mois de pansement, guérison parfaite. Les mouvemens du cou se sont conservés en totalité, malgré quelques atteintes portées par l'instrument tranchant aux deux muscles trapèzes.

Suivent les réflexions de l'opérateur qui remplissent treize pages et n'intéressent pas.

J. LEBAUDY.

ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PLANCHE IV. — REGION SOUS-MAXILLAIRE.

Adulte, côté droit, grandeur naturelle, nature forte et vigueur usée.

Indication des parties. A, le pavillon de l'oreille droite ; B, le milieu de la joue ; C, la lèvre inférieure ; G, la saillie de la pommette gauche ; D, le dessous du menton ; E, E, les côtés, et F, F, F, le devant du cou ; G, G, les épaules ; H, H, les clavicules ; I, I, le sternum entre les clavicules ; K, K, le devant de la poitrine. — *a, a, a*, le bord inférieur du corps de l'os maxillaire ; *b*, le corps, et *b, b*, la grande corne de l'os hyoïde ; *c, c*, la face supérieure de la clavicule ; *d, d, d, d*, coupe de la peau au devant du sternum, du cou, et sur le travers de la joue ; *e, e, e, e, e, e*, tissu cellulaire graisseux sous-cutané. — 1, 1, 1, le muscle masséter ; 2, 2, portion du muscle buccinateur ; 3, muscle triangulaire des lèvres ; 4, muscle carré de la lèvre inférieure ; 4', muscle peaucier coupé ; 5, ventre postérieur du muscle digastrique ; 5', 5', tendon moyen et ventre antérieur du même muscle ; 5'', 5'', expansion aponevrotique du tendon moyen du muscle digast., qui l'attache à l'hyoïde et adhère au bas de la face antérieure du muscle mylo-hyoïdien ; 6, 6, muscle stylo-hyoïdien ; 7, 7, 7, 7, muscle mylo-hyoïdien ; 8, 8, 8, muscle hyoglosse ; 8', attache du faisceau supérieur du muscle angulaire de l'omoplate au tubercule latéral de l'atlas ; 9, 9, 9, 9, muscle peaucier ; ce muscle et la peau qui le recouvre antérieurement, sont rabattus et jetés en arrière sur le côté du cou ; 10, 10, 10, muscle sterno-cleïdo-mastoïdien ; 12, 13 et 14, les muscles constricteurs inférieurs du pharynx, sterno-thyroïdien et thyro-hyoïdien ; 15, 15, 15, muscle omoplat-hyoïdien ; 16, 16, 16, muscle sterno-hyoïdien ; 17, 17, muscle grand pectoral ; 18, 18, 18, membrane celluleuse appelée *fascia du cou*. — *f, f, f, f*, veine jugulaire externe ; *g, g*, veine jugulaire interne ; *h, h, h, h, h*, veines faciales, sous-maxillaires et laryngées, allant se réunir en *h*, et se décharger dans la veine jugulaire interne. — *i, i*, artère carotide primitive droite ; *i', i'*, artères carotides externe et interne ; *k, k*, artère linguale ; *l, l, l*, artère faciale ou maxillaire externe ; *m, m*, divisions sous-mentales de cette artère ; *n*, artère thyroïdienne supérieure avec quelques-unes de ses nombreuses divisions. — 19, 19, nerfs du plexus cervical qui contournent le muscle sterno-mastoïdien ; 20, 20, rameaux facial et cervical de la branche cervico-faciale de la 7^e paire ; 21, nerf pneumogastrique ou de la 10^e paire ; 21', nerf spinal ; 22, rameau descendant de la 12^e paire ou du grand hypoglosse ; 23, nerf laryngé supérieur ; 24, nerf grand hypoglosse. — *o, o*, glande parotide ; *p*, glande sous-maxillaire ; *q, q*, lignes ponc-

tuées montrant jusqu'où s'étendait cette glande dans son intégrité ; *r, r*, partie latérale de la membrane thyro-hyoïdienne ; *s*, partie antérieure de la même membrane ; *t*, cartilage thyroïde ; *u*, angle postérieur et supérieur du cartilage thyroïde ; *v*, ligne oblique du cartilage thyroïde.

REMARQUES.

La tête est renversée et détournée de manière que l'occiput s'approche de l'épaule droite, et la face de l'épaule gauche ; la joue regarde en haut à droite et en avant. Cette situation a été choisie afin de rendre plus saillante et plus accessible à l'opérateur le *triangle sous-maxillaire*, qui fait le fond de notre région, et qui est borné *supérieurement* par le bord inférieur du corps de la mâchoire et l'extrémité inférieure de la glande parotide, *en dehors* par le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et *en dedans* par la ligne médiane, assez bien représentée ici par la coupe verticale des tégumens. La tête n'a pu être placée dans cette situation sans que les parties antérieures du cou n'aient pris une tension très grande, et sans que le col lui-même se soit élargi d'une manière notable ; deux circonstances que nous tenons à noter dans l'intérêt de l'art autant que dans celui de la science. On n'aurait pas pu, sans mentir, représenter le mastoïdien moins roide et ses attaches inférieures moins redressées.

La région sous-maxillaire est compliquée, et d'une exposition difficile ; si l'on tient au principe que je regarde comme sacré en anatomie de région, de *montrer beaucoup en ne dérangeant que peu ou pas*. L'un des points difficiles de la région était la disposition de la glande sous-maxillaire, qui devait permettre d'en apprécier exactement la forme et les rapports, sans dérober pourtant à la vue plusieurs détails organiques importants.

Les organes sont forts ; les muscles aussi beaux que je les aie jamais rencontrés. Les nerfs ne paraîtront pas trop gros à ceux qui voudront bien se rappeler que chez certains sujets que nous appelons *nerveux* dans nos amphithéâtres, et qui ne sont pas pour cela les plus forts sujets, les nerfs ont un volume et une vigueur considérables. La carotide est injectée modérément, la jugulaire interne était gorgée de sang noir et n'eut pas besoin d'être distendue artificiellement.

La veine jugulaire externe est ici assez éloignée du sterno-mastoïdien, double dans son milieu, et n'ayant dans son trajet qu'une petite racine qui vient d'arrière et d'en haut. L'impossibilité dans laquelle on est de préparer les régions sur un seul et même corps a au moins l'avantage de montrer les variétés de forme, de situation, de distribution dans les organes. Ce serait un mal-

heur d'avoir toujours sous la main, et d'offrir constamment aux regards un sujet de même force, de même stature, de même âge, de même embonpoint, quand même ce serait un modèle de conformation; car le beau idéal des formes est très-rare, et à cause de cela n'est pas le seul utile, ni le plus utile à représenter.

Le fascia cervical se voit ici fort et résistant à travers les piliers du mastoïdien, derrière l'extrémité inférieure de la jugulaire et s'élève du bord postérieur de la clavicule jusqu'au bord inférieur de la portion horizontale de l'omoplat-hyoïdien. Nous savons déjà que cette lame celluleuse cache beaucoup d'organes importants, les *vaisseaux sous-claviers* entre autres.

Les deux points les plus importants de la région, sont deux espaces triangulaires voisins et inégaux, très bien limités ici, et, ce qui est plus précieux, faciles à reconnaître sur le vivant, à moins d'un embonpoint plus qu'ordinaire. De ces deux triangles, le *supérieur* borné en haut par le bord inférieur du corps de la mâchoire, en bas par le ventre postérieur et le tendon moyen du digastrique, en devant par le ventre antérieur du même muscle, peut s'appeler *triangle sous-maxillaire*; et contient principalement, 1° La glande sous-maxillaire, 2° la veine faciale toujours placée devant la glande, 3° l'artère faciale ordinairement cachée par la même glande. L'artère linguale s'y trouve aussi, mais un travers de doigt environ plus haut que sa naissance, et sur un plan déjà plus profond. Outre les maladies propres à la glande, à la veine et à l'artère, cet espace dans l'enfance surtout, est parsemé et quelquefois couvert de glandes lymphatiques qui ne finissent que trop souvent par se ramollir, s'abcéder en laissant des cicatrices étoilées, caractéristiques. Un chirurgien prudent ne laisse jamais ouvrir spontanément ces glandes ramollies, mais les fend avec une lancette quelque temps avant leur parfaite maturité.

Au-dessus de cet espace ou triangle *sous-maxillaire*, se voit la face externe de la mâchoire inférieure, couverte postérieurement de son masseter, antérieurement des m. triangulaire et carré, au milieu des vaisseaux faciaux. Le m. peaucier recouvrait le masseter et les vaisseaux faciaux jusqu'au triangulaire, au-dessous et à travers duquel il passe pour se confondre avec le carré.

L'espace triangulaire inférieur, difficile à nommer, est limité en haut par le digastrique, en dehors par le mastoïdien, en dedans par la saillie du larynx. Les choses qu'il renferme sont de dehors en dedans et sur un plan superficiel: la veine faciale et le rameau veineux laryngé, les artères linguale et thyroïdienne supérieure; sur un plan plus profond, la veine jugulaire interne et l'artère carotide primitive; enfin tout-à-fait profondément les nerfs spinal, descendant de l'hypoglosse, pneumo-gastrique, grand sympathique, laryngé supérieur; sans compter les racines du plexus cervical.

Le rameau descendant de la 9^e paire et le pneumo-gastrique qui se tiennent toujours derrière les deux gros vaisseaux, en dehors du sympathique, ont été amenés et maintenus par une épingle, au-devant des deux vaisseaux sanguins.

Les carotides et les jugulaires sont les vais-

seaux principaux qui conduisent le sang du tronc à la tête et qui le ramènent de la tête au tronc; aussi leur calibre ne peut être altéré ou leur paroi ouverte sans que les fonctions les plus importantes ne soient troublées et la vie plus ou moins gravement compromise. On sait quels sont les phénomènes qui arrivent à la suite de la compression du col, alors même qu'elle n'est exercée que sur un point de ces vaisseaux, à travers les tégumens et assez peu pour ne pas aplatir tout-à-fait la paroi et interrompre la circulation. Qu'est-ce donc, quand l'astriktion se fait circulairement et très fort? Le dernier degré de serrement produit l'étranglement et la mort; non pas seulement en retenant le sang noir à la tête et en empêchant le sang rouge d'y affluer, mais aussi en oblitérant le canal respirateur.

La position des gros vaisseaux du cou de chaque côté et en arrière de la saillie laryngée apprend pourquoi les malheureux suicides ne se coupent que le sifflet quand ils voulaient se *couper la gorge*, c'est-à-dire les vaisseaux du cou. Leur main tremblante et sans vigueur incise les parties molles, ouvre les vaisseaux superficiels et l'une des pièces du larynx. La vue de leur sang, la sensation d'un liquide chaud qui les inonde, les épouvante et peut-être les guérit; ils veulent revivre et appeler du secours, il n'est plus temps, ils se trouvent muets.

La blessure de la carotide primitive est plus facile et plus commune au-dessus du mastoïdien que derrière ce muscle qui la couvre et la protège dans ses deux tiers inférieurs, et est presque toujours mortelle. Si un chirurgien habile est appelé à temps, il se peut pourtant, que par une opération hardie et pleine de danger, il parvienne à sauver la vie du blessé. L'ouverture de la veine jugulaire interne, pour peu qu'elle fût grande, ne serait pas moins dangereuse que celle de l'artère; il y a même un danger de plus dans ce dernier cas, c'est celui de l'introduction de l'air dans la veine et de là dans les cavités du cœur; et il est à peu près certain que les moyens que l'on serait tenté d'employer, comme la ligature et la compression, ne seraient d'aucun secours.

On conçoit à la vue de la région, tout ce qu'il faut apporter de prudence et de précaution dans la moindre opération à faire sur les parties qui recouvrent les vaisseaux jugulaires, surtout au-dessous de la portion horizontale du digastrique. Au-dessus et ailleurs, on peut-être moins timide puisque le tronc de ces vaisseaux est plus enfoncé et que ceux de leurs rameaux qu'on peut atteindre seraient facilement oblitérés par la compression, la torsion ou la ligature.

Il est en général avantageux de diriger verticalement les incisions des parties molles du cou, et de suivre pour chacune d'elles, et pour chaque point du col la direction des muscles que l'on peut intéresser. Personne n'ignore la raison de ce précepte fondé sur la rétraction et le raccourcissement des fibres musculaires dont la section transversale générerait ou empêcherait la réunion du fond de la plaie.

Ligature des artères de la région sous-maxillaire. — Ces artères sont: la carotide primitive, les carotides interne et externe, la maxillaire externe, la linguale et la thyroïdienne supérieure. On ne lie pas séparément les carotides interne

et externe à moins qu'on ne les trouve sur son chemin dans une opération ou qu'on n'ait eu le malheur de blesser l'une ou l'autre, et cela pour deux bonnes raisons, la première parce qu'il serait difficile ou impossible au meilleur anatomiste de les distinguer à coup sûr; la seconde, parce qu'il n'y a pas plus de danger à lier le tronc primitif même que l'une de ses divisions.

Ligature de la carotide primitive. — L'artère carotide est un de ces vaisseaux sur lesquels on a cru long-temps qu'on ne pouvait entreprendre aucune opération grave comme la compression ni la ligature; la compression, parce que cela paraissait impossible, et la ligature, à cause de l'effet mortel qui devait s'en suivre nécessairement. Il paraît que ce sont les chirurgiens anglais qui ont osé les premiers tenter cette ligature et sans doute qu'ils ne se sont enhardis qu'à l'imitation de la nature elle-même. En effet, sur un homme guéri depuis long-temps d'un anévrysme du cou, on trouva la carotide droite complètement fermée. Sur un autre sujet, ce n'était pas seulement une des carotides, mais les deux carotides à la fois dont le calibre n'existait plus, et l'individu n'en avait pas moins vécu bien portant. Les exemples s'étant multipliés, et des faits nouveaux s'ajoutant aux vieux faits, faut-il s'étonner que les hommes de l'art se soient entendus pour oser faire en cas de péril, souvent de péril extrême, ce que la nature elle-même avait fait plusieurs fois? Aussi la ligature de la carotide s'est-elle faite souvent de nos jours, trop souvent peut-être si l'on se rappelle que des praticiens téméraires, n'ont pas craint de la pratiquer sans nécessité et pour de simples douleurs de la face!

La ligature de la carotide a été faite au moins cinquante fois, avec succès le plus souvent, et par des hommes de tout pays, dont la science et le talent sont au-dessus de contestation.

Ce n'est pas toujours pour un anévrysme du tronc même de la carotide ou de quelqu'une de ses branches ou pour les blessures du col, que se fait la ligature de ce vaisseau; c'est aussi dans les cas d'amputation de la mâchoire inférieure, d'extirpation de la parotide et de tumeurs cancéreuses ou fongueuses placées autour et au-dessous de la mâchoire. Enfin on y a eu recours pour guérir les tumeurs sanguines, érectiles, etc., de l'œil et des autres points de la face.

Une fois l'opération décidée, le malade étant couché sur le dos, la poitrine élevée, le cou médiocrement tendu et la face tournée du côté sain, le chirurgien cherche l'angle de la mâchoire et conduit une incision de ce point jusqu'au milieu du cou à quelque distance du bord an-

térieur du muscle mastoïdien. La peau et le peaucier sont divisés ordinairement du premier coup, et l'on se trouve arrêté par une ou plusieurs lames de tissu cellulaire dans lesquelles se répandent les filets du *plexus cervical superficiel*. Il est impossible alors qu'en explorant avec le doigt on ne sente les mouvemens du vaisseau et de deux de ses branches au moins, la thyroïdienne supérieure et la linguale; et le moment est venu de disséquer lentement et délicatement. Arrivé en vue des deux vaisseaux jugulaires, l'opérateur ne doit pas les dépouiller de tout le tissu qui les enveloppe, et se rappelle que la veine jugulaire doit être épargnée à tout prix. Il ne lui reste plus qu'à passer entre l'artère et la veine, sans comprendre aucun des nerfs voisins, et au moyen d'un instrument convenable, le fil ciré et large qui doit étrangler l'artère.

Il est évident que ce que nous disons de la ligature carotidienne ne s'entend que de la portion de l'artère visible dans notre région; et il ne l'est pas moins que nous ne devons nous occuper ici ni des anomalies de position de l'artère, ni des détails de procédés, ni des accidens possibles de l'opération.

Ligature des artères thyroïdienne inférieure, linguale, et maxillaire externe ou faciale. — Il n'y a presque rien à dire sur la ligature de la thyroïdienne supérieure; l'incision devrait être moins grande, mais de même direction que celle que l'on fait pour la carotide. L'artère *linguale* se lierait très bien à travers l'incision de la carotide ou de la linguale, seulement la position de celle-ci sur un plan plus profond redemanderait dans l'opérateur quelque adresse et quelque circonspection. Quant à la *faciale*, si l'on avait à la lier dans notre région, il suffirait, d'inciser de l'angle de la mâchoire vers le corps de l'os hyoïde, de découvrir avec précaution jusqu'à la glande sous-maxillaire, en ménageant la veine faciale qui est au-devant d'elle, puis de soulever la glande elle-même, pour se mettre en possession du vaisseau.

Les nerfs qui avoisinent les vaisseaux jugulaires aussi bien que les faciaux qui les traversent, sont très nombreux et très importans à connaître. Le *spinal*, le *pneumo-gastrique*, le *descendant de l'hypoglosse* et le *larynge supérieur*, ont été soumis par les physiologistes expérimentateurs, à des épreuves dont les résultats sont d'un grand intérêt. Malheureusement nous ne pourrions nous en occuper aujourd'hui convenablement.

Le docteur JACQUES LEBAUDY.

I. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. DUPUYTREN.

DES CORPS OU POLYPES FIBREUX DE LA MATRICE,

La connaissance un peu approfondie des polypes utérins ne date guère que du dix-huitième siècle. *Hippocrate*, qui paraît avoir cependant connu cette maladie, *Galien*, *Celse*, et autres auteurs anciens, n'en ont point donné de description. Les auteurs plus modernes n'en ont donné qu'une fort incomplète, et pour trouver quelque chose de satisfaisant sur ce sujet, il faut arriver jusqu'à *Levret*, qui tout en négligeant l'anatomie pathologique de ces tumeurs, en a cependant bien décrit la symptomatologie, la thérapeutique, et complètement changé la face de la science à cet égard. Néanmoins il laisse beaucoup à désirer encore; depuis lui un grand nombre d'auteurs, soit en France, soit à l'étranger, se sont occupés de ce sujet. Parmi eux se distingue notre célèbre *Bichat* qui rapprocha les polypes des corps fibreux, étudia leurs tissus, leurs transformations, et fournit les principaux matériaux d'un mémoire intéressant de *M. Roux*; on doit aussi citer *Bayle* qui fit ses recherches sous la direction de *M. Dupuytren*, etc...., etc... Malgré l'importance des travaux faits sur ce sujet, on trouve encore des lacunes à remplir, et de nouveaux détails à ajouter tant sous le rapport de l'anatomie pathologique, que de la symptomatologie, du diagnostic différentiel et du traitement. Plusieurs leçons faites par *M. Dupuytren* à l'Hôtel-Dieu de Paris dans ces derniers tems, nous fournissent l'occasion de publier ce travail. On y trouvera les idées de *M. Dupuytren* sur la composition des corps fibreux, leurs dégénérescences variées, ce qui est surtout fort important, leur diagnostic différentiel et le traitement qu'il croit préférable de leur appliquer. Des observations nombreuses et authentiques contribueront, nous l'espérons, à donner une importance toute particulière à ce mémoire.

Les polypes utérins sont, comme on le sait, de plusieurs espèces: on a admis des polypes vésiculaires, des polypes cellulo-vasculaires, des polypes par hypertrophie du tissu utérin, des polypes moliformes, des polypes fibreux, etc. Nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Les tumeurs fibreuses ou polypes, qu'il vaudrait mieux encore nommer *corps fibreux*, se développent dans des points très différens de l'utérus. Ce siège est très important à connaître pour établir leur curabilité: ils se développent: 1° A la surface externe de la matrice, entre

son tissu propre, et le péritoine; 2° dans le tissu même de la matrice, entre deux couches égales, en à peu près égales en épaisseur, 3° entre la membrane ou surface muqueuse de la matrice, et son tissu propre. La position des premiers peut leur mériter le nom de *polypes sous-séreux*, celle des seconds, celui de *polypes sous-muqueux*. Ces tumeurs se développent aussi sur le col de l'utérus, et tantôt alors elles s'implantent sur sa face interne, sur sa face externe ou sur son bord libre.

Plus ces corps fibreux sont rapprochés de la cavité utérine ou de la cavité péritonéale, plus tôt ils y feront saillie, d'abord par suite de l'effet naturel de leur développement, mais surtout par suite de cette loi générale qui préside dans l'économie au développement de toute tumeur liquide ou solide, et qui les force à s'accroître, et à se diriger du côté où elles trouvent le moins d'obstacles.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus présentent une racine, un corps, et suivant les lieux où elles se développent, un pédicule d'un volume et d'une longueur variables.

Quand elles se développent dans l'épaisseur même du tissu de la matrice, et qu'elles y demeurent, sans se porter, soit dans la cavité abdominale, soit dans la cavité utérine, elles n'offrent point de pédicule, mais seulement une racine par laquelle elles reçoivent leurs matériaux de nutrition. Ces matériaux leurs sont apportés par des vaisseaux artériels autour desquels se trouvent du tissu cellulaire, des veines, des vaisseaux lymphatiques dont *M. Dupuytren* a bien constaté l'existence, peut-être même il s'y joint des nerfs. Cette racine existe aussi dans les corps fibreux qui font saillie dans la cavité abdominale, ou dans la cavité utérine, mais alors, elle est allongée, étendue, et revêtue soit de la séreuse péritonéale, soit de la muqueuse utérine, et elle constitue en grande partie le *pédicule* de ces tumeurs quand elles se détachent de l'utérus.

La longueur de ce pédicule est tantôt d'un demi-pouce, ou un pouce, d'autres fois de quatre, et même de cinq pouces. Son épaisseur dépasse quelquefois le volume du pouce, mais en général, elle diminue d'autant plus que la longueur augmente, et dans certaines circonstances, il s'amincit tellement qu'il se rompt, et que la tumeur se détache et tombe d'elle-même. C'est ce qui est arrivé dans le cas suivant.

POLYPE DE L'UTÉRUS, PERTES ABONDANTES, CHUTE SPONTANÉE, GUÉRISON APRÈS DOUZE JOURS.

Pélagrine (Françoise), âgée de trente-deux ans, Italienne, d'une constitution sèche, réglée à dix-huit ans, mère de quatre enfans, accoucha toujours heureusement la première fois à vingt-deux ans, la dernière à vingt-

huit. Depuis ce temps, menstruation assez régulière; seulement chaque époque est suivie d'un écoulement en blanc pendant quelques jours. Au mois d'août 1816, sans cause, elle est prise de pertes abondantes; elle n'éprouve d'ailleurs aucune gêne aux parties génitales; elle continue ses occupations qui sont peu fatigantes, et n'observe pas que la fatigue augmente la quantité de ses pertes. Celles-ci continuèrent pendant cinq mois tantôt en rouge, tantôt en blanc, ne laissant guère qu'un jour ou deux d'intervalle. Vers le mois de février 1817, elle éprouve des douleurs aux reins, et quelques tiraillemens aux aînes; elle fait usage d'astringens à l'intérieur, ne croyant être atteinte que d'une hémorrhagie utérine ordinaire, car on ne l'avait pas touchée. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 18 mars 1817.

Elle se plaignait de pertes continuelles assez abondantes, alternativement en rouge et en blanc, de quelques douleurs légères aux reins, de tiraillemens intermittens aux aînes; on n'observait point à sa face cette altération et cette pâleur qui suivent les pertes abondantes et prolongées. Nulle gêne dans l'excrétion des urines ou des matières fécales, nul sentiment de pesanteur au périnée. Le doigt, porté dans le vagin, reconnut un corps mou et légèrement bosselé du volume de l'extrémité de l'indicateur, et dépassant d'un pouce et demi à peu près le col de l'utérus dans l'ouverture duquel il s'engageait. Celle-ci recevait facilement l'extrémité du doigt qui pouvait parcourir toute la circonférence du corps indiqué; mais à quelque hauteur qu'on arrivât, on ne put sentir le point de son insertion; comme il était peu volumineux et d'une consistance médiocre, M. Dupuytren se proposa de l'arracher avec des pinces un peu fortes garnies de cuillers assez larges; l'opération fut remise au quatrième jour. Le malade fut transportée à l'amphithéâtre et placée sur un lit élevé, et comme dans la position que nécessite l'opération de la taille; le doigt introduit dans le vagin, ne rencontre plus la tumeur; la malade dit alors que la veille elle avait rendu un corps noirâtre, allongé, qu'elle avait pris pour un caillot de sang, et qu'elle n'avait pas conservé; du reste, il était beaucoup plus dur que les caillots qu'elle avait rendus précédemment. Elle ne put donner de détails sur sa forme, ni son volume. Le deuxième jour les pertes rouges étaient diminuées, elles disparurent complètement au troisième; un écoulement blanc les remplaça, et disparut lui-même le sixième jour. Alors seulement il n'existait plus qu'une douleur légère aux reins et à l'hypogastre. Le 30 mars, huit jours après la chute du polype, le col de l'utérus était revenu tout-à-fait sur lui-même, son orifice était fermé, la matrice n'avait pas un volume plus considérable qu'à l'ordinaire. Le 2 avril, elle sortit presque guérie.

Quelle idée pourrait-on se former sur la disparition d'un polype, dont la présence avait été constatée par un grand nombre de personnes? le polype était-il remonté dans l'utérus? La chose était concevable pour qui connaît la manière dont les polypes nés du fond de l'utérus, descendent dans le vagin. On sait qu'ils entraînent avec eux le fond de l'utérus, et vont même jusqu'à en déterminer le renversement plus ou moins complet; on sait aussi qu'après la section du pédicule de la tumeur, l'utérus remonte au point qu'on ne tarde pas à ne plus sentir le lieu de l'insertion. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu une femme chez laquelle un polype utérin assez volumineux remontait dans la matrice, et descendait dans le vagin alternativement.

Ce polype a pu être détaché spontanément comme on en a vu plusieurs exemples; non pas comme le pense Levret, parce que le pédicule de la tumeur aura été comprimé par le col de l'utérus comme par une ligature, mais plutôt comme le pense M. Dupuytren, parce que plusieurs personnes ayant touché la malade, auront imprimé à la tumeur des mouvemens peu mesurés,

mouvemens qui auront déchiré son pédicule; c'est au moins l'opinion la plus probable. Mais poursuivons l'examen anatomique du pédicule des tumeurs fibreuses, et des tumeurs elles-mêmes.

La consistance du pédicule est ordinairement assez grande, pour qu'il ne cède point à des tractions très fortes. Quelquefois, et même souvent, il cède à ces tractions mais unies à la torsion. M. Dupuytren a plusieurs fois employé ce mode opératoire pour débarrasser les malades de leur tumeur. Après avoir exercé des tractions assez fortes, et opéré une torsion circulaire complète de deux ou trois tours, il est parvenu à détacher complètement les tumeurs, mais ce moyen a des inconvéniens; en effet le pédicule se trouve souvent rompu dans son milieu, ou dans un autre point de sa longueur, et la portion qui reste reproduit souvent la tumeur avec promptitude; aussi M. Dupuytren a-t-il renoncé depuis long-temps à ce mode de traitement.

Le pédicule se compose, soit de la séreuse péritonéale quand la tumeur fait saillie dans le ventre, soit de la muqueuse utérine, quand il fait saillie dans la cavité du vagin, en outre de tous les organes qui transmettent à la tumeur ses élémens de nutrition, ou qui en rapportent l'excédant, artères, veines, vaisseaux lymphatiques, nerfs, et tissu cellulaire qui entoure et réunit toutes ces parties. Mais s'il y a des artères dans ce pédicule, la section méthode de traitement particulière sur laquelle nous donnerons des détails plus bas, ne pourrait-elle pas donner lieu à des hémorrhagies? Cette crainte mal fondée est ce qui a maintenu si long-temps en honneur le traitement de ces tumeurs par la ligature, à l'exclusion de l'excision. On ne doit pas se dissimuler que dans certaines circonstances, les artères qui se trouvent dans le pédicule sont assez volumineuses: notre ami le docteur Cailletard fils, qui a été enlevé dans la dernière épidémie de choléra, avait préparé un de ces pédicules qui contenait une artère du volume de la radiale. Comment donc se fait-il que l'hémorrhagie soit si rare dans le procédé par excision?

Plusieurs raisons peuvent rendre compte de la rareté des hémorrhagies après l'excision des tumeurs fibreuses de la matrice; d'abord le peu de développement des vaisseaux, malgré le volume considérable auquel ces polypes peuvent arriver, puis l'action contondante des ciseaux courbes qui froissent, contondent les vaisseaux avant de les diviser; enfin la section oblique que permet les ciseaux et l'espèce de lambeau qu'ils forment et dans l'épaisseur duquel les vaisseaux qui pourraient donner du sang se retirent.

Il y aurait de quoi s'étonner que des masses du poids de 7 à 8 livres contiennent si peu de vaisseaux, si l'on ne savait que de tous les tissus de l'économie animale celui qui reçoit le moins de vaisseaux, c'est ce tissu fibreux. Ce qui s'observe dans les tissus naturels, se retrouve encore dans les tissus accidentels, ce qui n'empêche cependant pas, quand ils viennent à dégénérer, qu'ils ne puissent fournir des hémorrhagies qui ne sont pas foudroyantes, mais lentes, et qui pourtant se prolongent de manière à compromettre la vie des malades.

Une seule fois M. Dupuytren; à la suite de

l'excision d'une tumeur fibreuse, a eu une hémorragie ; c'est dans le cas suivant.

Madame V***, âgée de quarante ans, demeurant à Versailles, département de Seine-et-Oise, vint à Paris consulter M. Dupuytren, le 18 septembre 1820.

Depuis deux ans, cette malade éprouvait des douleurs assez vives dans les reins, accompagnées de tiraillemens dans les aines, et d'un sentiment incommode de pesanteur au fondement. Cette femme n'avait jamais eu d'enfant, avait été, et était encore bien réglée. Elle consulta M. Bo..., médecin, qui toucha la malade et dit qu'elle était affectée d'une descente de la matrice, ordonna des bains froids et quelques tisanes délayantes. (Cette erreur de diagnostic pouvait facilement être commise comme on le verra dans la description de l'opération, et surtout de la forme qu'affectait le polype ; cependant, elle pouvait être évitée si, laissant de côté le corps arrondi qu'on supposait être la matrice descendue, on portait le doigt beaucoup plus haut ; alors on pouvait sentir un pédicule assez mince et surtout assez allongé). La malade, il y a deux mois, fit un effort qui déterminait la sortie d'un corps mollassé, rougeâtre, qui pendait entre les grandes lèvres et venait faire saillie au dehors ; effrayée de ce nouvel accident, elle consulta de nouveau son médecin qui, cette fois et sans autre examen, prononça qu'elle avait un polype, et que l'opération seule en la débarrassant de ce corps étranger, pouvait la mettre à l'abri de tout accident, cependant il ne lui dissimula pas que cette opération pouvait être dangereuse, qu'elle ne se pratiquait que fort rarement, que lui, pour son propre compte, ne l'avait jamais pratiquée, et que s'il l'entreprenait il désirait que quelque autre personne de l'art fût présente. Cette hésitation découragea la malade et la détermina à venir à Paris consulter M. Dupuytren qui, après l'avoir touchée avec soin, lui dit que son affection consistait en un polype fibreux dont le pédicule assez étroit était implanté soit sur le col de l'utérus, soit dans la cavité même de cet organe ; que l'opération pouvait être faite en quelques minutes et sans aucun danger, et qu'elle serait guérie en moins de quelques jours. Pleine de confiance et de courage, cette malade se décide de suite à l'opération, qui fut pratiquée le 18 septembre 1820, et de la manière suivante :

La malade fut couchée sur un lit, deux aides écartèrent et maintinrent les cuisses, M. Dupuytren écartant lui-même les grandes lèvres de la main gauche, saisit avec la droite armée d'une pince de Museux la portion de polype, qui faisait saillie en dehors, il tira dessus, et alors on vit venir un corps rougeâtre, arrondi ; à son milieu se trouvait une ouverture transversale ; un des aides eut alors que c'était la matrice qui, fortement attirée par le pédicule, descendait avec lui. Cette observation fit hésiter au instant M. Dupuytren, il dégagait les pinces et retoucha avec soin la malade, le doigt après avoir parcouru un corps arrondi arrivait à un corps rétréci ; c'était le pédicule, il s'insérait sur une des lèvres du col de la matrice, une ponction faite dans la tumeur ne fit pas trouver de cavité. Il reprit donc les pinces de Museux, les inséra dans la tumeur, et la fit venir à l'extérieur, une seconde fut appliquée, le polype descendit davantage, enfin une troisième l'amenait tout-à-fait, et M. Dupuytren à l'aide de plusieurs coups de ciseaux le détacha. Il s'écoula environ deux palettes de sang, et la malade fut aussitôt recouchée. Nous examinâmes avec soin le corps que M. Dupuytren venait d'exciser, il avait le volume d'un gros œuf de poule dinde, il était fibreux, son pédicule était dur, d'une couleur jaunâtre, et d'un tissu fibreux ; l'endroit opposé au pédicule offrait une fente transversale dans laquelle l'extrémité du doigt pouvait s'engager. C'est cette disposition qui nous avait fait croire que ce pouvait être la matrice. Ce corps fibreux ayant été fendu dans toute sa longueur n'offrit aucune cavité ; nous l'avons déposé, ainsi que la plupart de ceux des autres malades, dans le cabinet anatomique de l'Hôtel-Dieu.

Pour éviter cette erreur M. Malgaigne croit pouvoir indiquer un signe auquel on peut se fier.

Dans le renversement incomplet dont il s'agit, et que M. Malgaigne nomme volontiers vaginal, l'utérus fait une poche à ouvertures supérieures dans laquelle tantôt les intestins, tantôt la vessie, souvent ces deux organes se précipitent. Rarement il y a des adhérences ; et même encore alors on pourrait plus ou moins tenter le moyen suivant : Porter une sonde d'homme recourbée dans la vessie de la malade, diriger le bec de la sonde en arrière, sa concavité regardant en bas, et arriver ainsi à appuyer le bec bien arrondi sur le fond de la poche utérine ; le doigt porté d'autre part dans le vagin sentirait aussi facilement la saillie de l'instrument qu'on la sent à l'hypogastre pour peu qu'on l'essaie dans le cathétérisme ordinaire.

Ce moyen est-il sûr et pathognomonique ? nous ne voyons pas dans quelle erreur il pourrait entraîner. Sera-t-il toujours facile, ou même possible de le mettre en pratique ? Nous n'y apercevons pas d'obstacles réels, et quand même quelques cas exceptionnels se refuseraient à son application, toujours est-il constant que partout où il sera applicable, il éclairera merveilleusement le diagnostic.

¶ Mais revenons à notre malade :

J'ai dit qu'après l'opération il s'était écoulé deux palettes de sang, mais dans la journée la malade eut une hémorragie assez abondante, accompagnée de sueurs froides, de syncopes, d'envies de vomir et de vomissemens ; quelques injections froides semblèrent arrêter l'écoulement du sang, mais la chaleur étant revenue, il revint aussi, et après avoir exactement nettoyé le vagin des caillots qu'il contenait, j'introduisis un spéculum à l'aide duquel je tamponnai assez fortement le point d'où venait le sang, c'était le point d'insertion du polype ; depuis ce moment l'hémorragie cessa. Le deuxième jour les tampons les plus extérieurs sortirent d'eux-mêmes.

Chaque jour M. Dupuytren retirait un peu de charpie ; au bout de six jours le vagin n'en contenait plus, le sang ne reparut plus, et la malade quitta Paris au bout de quinze jours. Mais la convalescence fut très-longue, affaiblie qu'elle avait été et par les pertes en rouge et en blanc avant son opération, et par le sang qu'elle avait perdu après.

A ces élémens dont nous venons de parler, et qui entrent dans la composition du pédicule, se trouvent encore ajoutés, soit le tissu même de l'utérus qui dans quelques cas fait partie de la tumeur, soit une portion de la tumeur elle-même ; et ce sont ces dernières parties qui donnent surtout au pédicule sa résistance et sa tenacité.

Nous avons parlé des nerfs qui entrent dans la composition des tumeurs fibreuses. Ils y sont plutôt supposés que prouvés ; probablement des filets très-déliés accompagnent comme partout les vaisseaux qui apportent les matériaux de nutrition. Du reste, ils se comportent là comme partout, c'est-à-dire qu'ils ne donnent point de sensibilité à la tumeur ; elle ne s'y développe que lorsque l'inflammation s'en empare, lorsque la dégénérescence arrive. Dans l'état ordinaire, le corps fibreux est tout-à-fait insensible, M. Dupuytren a plusieurs fois fait des incisions sur lui, sans que les malades parussent en souffrir. Les douleurs qu'elles ressentent, aux aines, aux lombes et même dans le vagin, pendant qu'elles portent leur tumeur, dépendent des tiraillemens qu'éprouve l'utérus et non point de la tumeur.

Le corps des polypes fibreux est cette partie de

la tumeur qui est opposée à la racine. Tant qu'elle reste dans la matrice, il ne se distingue pas, ou il se distingue du moins fort peu du pédicule, mais à mesure qu'il se détache du tissu de la matrice et qu'il fait saillie dans le vagin, il se distingue du pédicule qui reste plus ou moins serré par le col de l'utérus, tandis que le corps au contraire se développe dans la cavité du vagin. Il est faux de dire, comme quelques auteurs l'ont fait, que le pédicule ne soit formé que par la striction du col utérin; car, d'où viendrait donc alors les pédicules attachés à cet orifice? Plus tard, agissant par son propre poids, après avoir parcouru tout le vagin, le polype fait saillie à la vulve, il peut même sortir tout entier, et alors on conçoit que la matrice subit une descente plus ou moins considérable, et que souvent même il y a renversement et renversement complet.

La forme du corps des polypes fibreux est celle d'un champignon renversé; tantôt elle est lisse, égale, tantôt tuberculeuse ou inégale; la constriction énergique, permanente du col de l'utérus sur le corps du polype est telle quelquefois, qu'elle forme un faux pédicule. Une portion de ce corps est alors rétrécie, allongée, ce qui partage alors le polype en deux tumeurs, et quelquefois il est arrivé qu'il a été lié sur le faux pédicule.

Le volume du corps des polypes dans le vagin varie depuis celui d'une noisette ou d'une noix, jusque à celui d'une tête d'adulte et même davantage. Son poids varie aussi depuis un gros jusques à dix, douze ou quinze livres. Mais quand il se développent dans le ventre ou entre deux couches égales, ou à peu près égales du tissu de l'utérus, leur poids et leur volume deviennent bien plus considérables, M. Dupuytren en a trouvé un qui pesait vingt-cinq livres; qui avait été pris pendant la vie pour une tumeur enkystée, puis pour une grossesse. Cette tumeur était développée dans l'épaisseur même du tissu de l'utérus. M. Gaultier de Claubry père a donné l'histoire d'une femme atteinte d'une tumeur fibreuse de l'utérus, qui pesait trente-neuf livres.

La couleur de ces tumeurs est ordinairement d'un blanc gris, elle varie cependant suivant qu'elles sont ou non enflammées; quand elles sont enflammées, elles deviennent d'une couleur rose ou rosée; il en est de même quand elles commencent à dégénérer, elles deviennent violettes, livides, noirâtres quand elles sont étranglées par une ligature, ou qu'elles se gangrènent.

La consistance des polypes fibreux est variable suivant leur composition intime, généralement elle ressemble à celle des fibro-cartilages intervertébraux, ils sont élastiques, tenaces et fort difficiles à déchirer. Lorsqu'ils dégèrent, cette consistance diminue, ils se ramollissent, et se laissent facilement traverser par le doigt.

L'extérieur des tumeurs est recouvert par la membrane ou la surface muqueuse de l'utérus, quand elles font saillie dans la cavité de cet organe, c'est ce qui lui donne cet aspect vernissé qu'elles présentent, et qui empêche leur adhérence avec le vagin. Cette membrane est sujette aux irritations, aux inflammations, à des affections catarrhales, à des exhalations sanguines semblables à celles des règles, et les pertes que les femmes éprouvent pendant la durée de leur maladie, ne reconnaissent souvent pas d'autres

causes. Dans d'autres circonstances, on observe un écoulement très abondant de sérosité limpide et tout-à-fait inodore. Dans d'autres cas c'est un liquide muqueux ou purulent ou sanguinolent; d'autres fois, c'est un mélange de tous ces liquides. Ces derniers écoulemens ont ordinairement une odeur fort désagréable, elle est quelquefois d'une horrible fétidité, c'est surtout quand la gangrène s'est emparée de la tumeur que cette odeur a lieu. Elle présente aussi des *exulcérations*, maladie que M. Dupuytren a décrite depuis quelques années seulement, et qui consiste en des ulcérations superficielles rondes et faites comme avec un emporte-pièce. Ces exulcérations se développent dans quelques circonstances sur le col de l'utérus, et souvent elles ont été regardées par quelques praticiens comme des affections cancéreuses incurables; elles cèdent néanmoins très aisément à quelques cautérisations légères avec le nitrate acide de mercure.

Ces exulcérations peuvent devenir quelquefois la cause d'adhérence entre les tumeurs et le vagin. M. Buzac a eu à détruire quelques-unes de ces adhérences, même dans la matrice. M. Bérard rapporte un fait dans lequel un polype tenait au vagin par une adhérence plus forte et plus large que son pédicule lui-même: cet auteur cite même un cas plus singulier encore que tous les autres; il s'agit de deux pédicules sortant l'un du vagin, l'autre du rectum, et qui soutenaient un polype pendant au périnée.

Au-dessous de la couche muqueuse, se trouve une couche celluleuse qui est quelquefois d'une extrême tenacité, et d'autres fois très peu adhérente. Au-dessous se trouve la substance fibreuse qui est quelquefois recouverte d'une couche plus ou moins épaisse du tissu de la matrice.

Ce tissu fibreux est très dense, très résistant, formé de couches concentriques, enchevêtrées, qu'on peut à grand-peine séparer. Des poids de plus de deux cents livres suspendus à de pareilles tumeurs ne sont pas parvenus à les rompre.

A cet élément fibreux qui constitue le corps des polypes, se trouve réuni un autre élément important à connaître, et qui s'y trouve dans des proportions très-différentes, c'est l'élément cellulaire. Tantôt cette proportion est moindre que celle du tissu fibreux, d'autres fois, elle est plus considérable. Quand il y a prédominance du tissu fibreux, que ce tissu est presque pur, le polype a une grande tendance à s'ossifier. Lorsque l'élément cellulaire domine au contraire, ou même lorsqu'il est dans une quantité égale à celle du tissu fibreux, il a une très grande tendance à dégénérer, et à devenir cancéreux. Cette tendance est invincible quand l'élément cellulaire domine. Les anciens n'avaient pas saisi le rapport qui existe entre les polypes fibreux, et les corps qu'ils avaient désignés sous le nom de *pierres*, de *calculs de la matrice*; ce qu'ils appelaient ainsi n'était et n'est encore qu'un polype fibreux ossifié.

Il arrive quelquefois que l'élément cellulaire et l'élément fibreux sont inégalement distribués dans la tumeur, et que dans certains points l'élément fibreux seul existe, tandis que dans d'autres c'est l'élément cellulaire qui est seul ou presque seul. C'est alors que l'on voit la tumeur ra-

mollie et complètement dégénérée dans certains endroits, tandis que dans d'autres, elle présente un nombre plus ou moins considérable de noyaux osseux de volume et de formes variables. Du reste, le nombre des polypes qui passent à l'état osseux est très rare; plus communément ils dégèrent. Il n'y a pas plus de quatre polypes sur cent qui deviennent osseux, suivant M. Dupuytren.

Il arrive quelquefois que les tumeurs fibreuses qui se développent soit dans le vagin, le col de la matrice, ou même dans le tissu propre de cet organe, s'enflamment et suppurent; l'élément cellulaire fournit les matériaux qui forment le pus, tandis que la trame ou l'élément fibreux persiste. Il y a huit ans que j'ai vu M. Dupuytren exciser un polype qui offrait cette particularité remarquable; ce corps fibreux ressemblait exactement à une éponge; la disparition et la conversion en pus du tissu cellulaire, formait des cavités que le tissu fibreux limitait et entre-croisait en tous sens. Depuis lors des cas remarquables d'inflammation et de suppuration au milieu des tissus fibreux, ont été observés par MM. Dupuytren, Smellie, Bérard, Caillard, dans le service de M. Husson à l'Hôtel-Dieu: je crois devoir citer cette dernière observation.

Louise Brandon, âgée de quarante-deux ans, journalière, malade depuis plusieurs années, n'est plus réglée depuis cinq ans, a depuis long-temps des fleurs blanches, et depuis peu de légères pertes en rouge à des époques assez rapprochées; elle est maigre, sa peau est d'une couleur jaune paille; elle accuse une douleur constante à la région hypogastrique, vomit depuis quelque temps, et a du dévoiement depuis trois mois.

L'état extérieur de la malade, rapproché des symptômes, fit penser qu'elle pourrait bien être affectée d'un cancer de l'utérus; cependant le toucher ne vint que donner peu d'appui à ce doute, car le col de la matrice était lisse, peut-être un peu effacé, et la pression avec le doigt faisait éprouver de vives douleurs à la malade. L'on sentait bien aussi une tumeur dure derrière les pubis; mais cette région était tellement douloureuse, qu'il fallut renoncer à la recherche de son siège. L'état de la malade est fort grave; le pouls est misérable, un peu fréquent; les extrémités sont froides; la face est pâle, la langue décolorée, douleurs vives dans les lombes, la partie supérieure des cuisses; crampes; sentiment de pesanteur sur le rectum; cours involontaire des urines, écoulement fétide par la vulve, enfin mort quelques jours après son entrée: le traitement avait consisté en calmans, en adoucissans.

N'ayant rien trouvé à noter dans les autres organes, nous ne parlerons que de l'altération trouvée dans l'utérus; celui-ci avait le volume d'une tête de fœtus à terme, sa forme était ovoïde, la grosse extrémité répondait au bas-fond de l'organe, et la petite au col; elle était partout régulière, et ne présentait, dans toute sa circonférence, aucune protubérance ou inégalité; son col était légèrement béant, régulier et uni, sans traces de déchirures ou d'enfoncemens indiquant des grossesses antécédentes; on pouvait y faire pénétrer un gros stylet, avec quelque difficulté et dans une direction que nous indiquerons bientôt. En pressant extérieurement l'utérus, on pouvait percevoir une fluctuation obscure qui se passait dans son intérieur.

Telles étaient les apparences que l'utérus présentait au premier aspect; du reste, les annexes, les rapports n'avaient changé qu'autant que l'avait nécessité l'ampliation de l'organe.

Une incision faite sur la face antérieure de l'utérus, et de haut en bas, a bientôt pénétré dans une cavité qui va devenir l'objet d'une description particulière. Aussitôt l'incision commencée, il s'est écoulé un liquide purulent, légèrement sanguinolent, grisâtre, opaque, très épais et d'une odeur assez forte; sa quantité peut

être estimée à dix onces. Après l'écoulement de cette matière purulente, nous avons vu la matrice s'affaisser, mais non complètement; nous avons senti, dans l'intérieur de la cavité ouverte, un corps dur, inégal, qui d'abord a été le sujet de plusieurs conjectures; était-ce un fœtus altéré, des hydatides, un placenta dégénéré, un polype? Enfin toutes les présomptions n'ont pu être vérifiées qu'après l'ouverture complète de la cavité, alors seulement nous avons remarqué les choses suivantes:

Dans l'épaisseur des parois qui composent la moitié latérale droite de l'utérus, se trouvait une cavité accidentelle capable de loger plus que le poing, contenant un polype de nature fibreuse qui s'était développé en cet endroit, et s'était creusé lui-même cette cavité. Ce polype était de forme irrégulière, séparé à sa surface en trois lobes distincts et inégaux par des dépressions peu profondes, présentant quatre pédicules ou plutôt quatre points d'adhérences vers la partie inférieure de la cavité anormale. Ces pédicules étaient assez larges, et formaient des espèces de points dans leurs intervalles; un seul nous a paru faire continuité immédiate avec le tissu utérin, tandis que les autres semblaient être le résultat d'adhérences mobiles établies entre la tumeur et la surface interne de la cavité, par suite du travail inflammatoire non équivoque dont cette masse et les parois de la cavité ont été le siège. En effet, le polype était partout séparé de la surface interne du kyste, excepté dans les quatre points dont nous avons parlé. La face interne de cette poche était inégale, parcourue par des espèces de colonnes superficielles, recouvertes d'une couche de fausses membranes molles, ou plutôt d'un pus coneret et adhérent et d'une couleur brune obscure; les mêmes fausses membranes, mais plus isolées, se rencontraient sur la surface du polype. Cette masse charnue était évidemment de la nature de celles auxquelles M. Dupuytren a donné le nom de corps fibreux de l'utérus; son intérieur présentait des fibres bien dessinées et circonvolutées les unes sur les autres; sa consistance était celle de la chair musculaire, le bistouri la pénétrait facilement; sa couleur était partout d'un rouge assez foncé; sa superficie était plus molle que son centre, et de très petites cavités à une ligne, à une demi-ligne de profondeur contenaient du pus et communiquaient le plus souvent avec l'extérieur de la tumeur. D'après sa couleur et sa consistance, il nous a paru que cette tumeur avait été le siège d'un travail inflammatoire.

Mais qu'était devenue la cavité de la matrice? Cette poche représentait-elle cette cavité, et le polype y était-il contenu. C'est ce que nous avons pensé d'abord; mais ayant bien examiné les choses, nous nous sommes convaincus du contraire. En effet, ayant introduit un stylet dans le col de l'utérus, nous l'avons vu s'insinuer obliquement le long de la paroi latérale gauche de la matrice, et arriver jusque dans son bas-fond sans pénétrer dans la poche accidentelle; alors nous avons mis à découvert par une incision, la cavité propre de la matrice, et l'avons trouvée: 1^o tout-à-fait comprimée et accolée contre la paroi latérale gauche de l'utérus; 2^o déformée de manière à imiter un sinus allongé qui s'étendait depuis le fond de la matrice jusqu'à son col, ayant perdu par conséquent sa forme triangulaire, et s'étant allongée de plus de deux pouces; changemens qui ont été le résultat mécanique du développement de la tumeur accidentelle; 3^o n'ayant plus la direction accoutumée avec le col utérin, sur lequel elle tombait en formant un angle obtus; de telle façon que pour pénétrer dans cette cavité par le col, il fallait pousser le stylet de droite à gauche, et de bas en haut, et non directement, comme dans l'état ordinaire; 4^o séparée dans toute sa longueur de la poche accidentelle par une cloison intermédiaire de deux à trois lignes d'épaisseur. La surface de la cavité de la matrice était reconnaissable à son poli et à sa couleur naturelle; on voyait à son bas-fond l'orifice de chaque trompe; le gauche aboutissait directement à la trompe gauche, qui s'insérait à son lieu accoutumé; le droit plus élevé de quatre à cinq lignes, à cause de l'allongement de la matrice, ne pouvait aboutir à la trompe droite que par un trajet très éloigné, et très détourné; cette trompe était aussi longue dans sa portion libre que

la gauche; nous avons facilement introduit un stylet dans cette portion de la trompe en procédant par l'orifice utérin; 5° enfin nous noterons que les parois de la poche accidentelle étaient d'autant plus minces qu'on s'approchait davantage du bas-fond; qu'en ce point elles avaient à peine une ligne d'épaisseur, tandis qu'inférieurement elles en avaient de trois à quatre. Le col n'avait pas participé à la distension et à l'amincissement, ainsi que la très petite portion de la paroi latérale gauche de l'utérus; de sorte que si le polype eut dû se faire jour par un point, il est probable qu'il aurait pénétré dans l'abdomen.

Il y avait encore dans différens points des parois de l'utérus d'autres petits corps fibreux du volume d'un pois.

Dans quelque lieu que se trouvent les tumeurs fibreuses, elles ont en général une plus grande tendance à passer à l'état cancéreux qu'à tout autre, et comme elles se lient alors à l'état général, c'est par suite de cette dégénération qu'il se développe souvent des tumeurs de nature skirrheuse dans beaucoup de parties du corps, et notamment dans celles où elles se développent souvent isolément, telles sont en particulier les mamelles, la matrice, etc.

Cette dégénération souvent constatée par M. Dupuytren, admise par notre ami le Dr Malgaigne, a aussi été notée par M. Troussel et un grand nombre d'autres observateurs.

La coïncidence des tumeurs fibreuses de la matrice avec des tumeurs skirrheuses du sein, est un fait déjà connu, et c'est pour le rappeler que nous citons l'observation suivante.

Mademoiselle C***, garde-malade demeurant à Versailles, vint à la consultation publique de l'Hôtel-Dieu demander un conseil contre une tumeur fibreuse de la matrice. Cette tumeur placée au côté droit du ventre, est ronde, dure, mobile, sans douleur. Cette malade est âgée de quarante-trois ans, elle est bien réglée, et n'a jamais eu d'enfans, ni de rapports avec un homme. M. Dupuytren lui conseilla de porter une ceinture ventrale en toile cirée, lacée et tenue en place à l'aide de bretelles et de sous-cuisses; 2° de faire sur la tumeur matin et soir, une friction longue mais douce avec gros comme une petite fève d'onguent mercuriel; 3° de prendre tous les trois ou quatre jours un léger purgatif.

A l'aide de ces remèdes et après un an de leur emploi, la tumeur commença à diminuer, mais alors se développa dans le sein gauche une tumeur skirrheuse.

Mad. Boivin, dans son traité des maladies de l'utérus, en cite aussi deux exemples.

Quand ces tumeurs dégénèrent, elles se ramollissent, deviennent inégales, donnent lieu à des écoulemens rouges et blancs d'une grande fétidité. Des cavités se forment dans l'intérieur, et se remplissent de matière cérébriforme, paltacée de sang décomposé, etc., etc. Ces cavités ont quelquefois imposé à des chirurgiens qui, après avoir lié et excisé ces polypes, ont cru qu'ils avaient enlevé la matrice (1).

(1) L'un de nous, M. Paillard, a été témoin d'un fait semblable en 1823; lorsqu'il était interne à l'hôpital Saint-Louis. MM. Richerand et J. Cloquet excisèrent une tumeur pendante à la vulve, et qui était grosse comme la tête d'un enfant. Ce corps ouvert présentait une cavité dans son centre, et plusieurs autres caractères de la matrice, si bien qu'on le crut de nature à démontrer sans réplique que c'était bien l'organe gestateur qui avait été enlevé. La malade mourut, et à son autopsie, on trouva l'utérus entier dans sa position naturelle; on en avait tout simplement détaché un énorme polype.

En 1824, M. Velpeau réduisit une fois un polype sorti de la vulve, croyant avoir affaire à une descende

Les polypes fibreux de l'utérus sont quelquefois frappés de gangrène, ainsi que nous l'avons dit; c'est alors qu'un écoulement grisâtre, sanieux et d'une horrible fétidité succède tout à coup à un écoulement dont l'odeur était peu sensible, ou même nul. Nous avons eu tout récemment à l'Hôtel-Dieu l'occasion d'en voir un exemple. Ce changement subit dans l'odeur des écoulemens suffit ordinairement pour diagnostiquer cette dégénérescence.

La nommée Rabasse (Françoise), blanchisseuse, âgée de quarante ans, ayant fait quatre fausses couches et quatre enfans, à terme, a été toujours parfaitement réglée, commença à éprouver dans le cours de juin 1832, des pertes abondantes, des douleurs dans le bas-ventre, au fondement, et des tiraillemens dans les aïnes. A ces mêmes symptômes succédèrent bientôt des écoulemens alternativement blancs et rouges. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 14 janvier. On la toucha et on trouva dans le vagin une tumeur du volume d'un œuf de poule, et ayant un pédicule inséré dans la cavité utérine. Jusques alors les écoulemens blancs et rouges avaient été inodores ou à peu près, lorsque tout à coup, ils deviennent d'une horrible fétidité. M. Dupuytren annonça que ce changement subit annonçait une terminaison par gangrène. Cet accident hâta l'instant de l'opération, car on craignit que l'absorption du pus et des gaz provenant de la décomposition de la tumeur, n'influat d'une manière fâcheuse sur la santé du malade. Elle fut opérée par excision le 21 janvier. Aucun accident ne survint; et le 31 janvier, dix jours après, la malade sortit de l'hôpital. Le corps du polype était gangréné dans un tiers au moins de son étendue.

Cette gangrène suffit-elle pour débarrasser les malades de leur tumeur fibreuse? Cela est arrivé quelquefois, mais c'est rare; et d'ailleurs ce mode de terminaison peut lui-même donner lieu à de graves incommodités; l'ichor sanieux, fétide qui résulte de la gangrène du polype donne lieu à des symptômes d'empoisonnement, qui représentent tout-à-fait ceux qui arrivent dans la décomposition de ces tumeurs; quand on les a liées. Dans l'un et l'autre cas, la vie des malades est également compromise.

La constriction du col de l'utérus sur le pédicule du polype a été quelquefois, et est souvent même la cause de cette gangrène (1).

Les polypes fibreux de l'utérus passaient autrefois pour une maladie très rare. Maintenant au contraire, il est reconnu que c'est une des affections les plus communes des femmes. Bayle évaluait à un cinquième le nombre des femmes âgées de plus de trente-cinq ans, chez qui il a trouvé un ou plusieurs corps fibreux. Portal avait trouvé une proportion bien plus forte; car, sur vingt matrices qu'il examina, treize lui avaient offert des polypes dans leur cavité. M. Dupuytren estime que les deux tiers des matrices de vieilles femmes contiennent des corps fibreux: nous devons à l'obligeance de M. Louis un petit travail sur la description de quarante matri-

de matrice. Cette tumeur présentait une petite fente transversale qui simulait l'orifice du col utérin. La malade mourut d'une péritonite.

(1) Levret rapporte deux exemples de séparation des polypes par suite de l'étranglement des polypes par le col de l'utérus; ces observations appartiennent à Mercadier et à Louis Mauriceau, Ruysch, Hoffmann, et avant eux Donatus et Rhodion en avaient indiqué de semblables. Vacoussin, Goeh, MM. Hue et Hervez de Chégoïn en ont cité également des observations.

ces de vieilles femmes. Sur ce nombre, il y en avait quinze qui présentaient des corps fibreux.

MARX ET PAILLARD *DD. MM.*

(*La suite au prochain numéro.*)

ESSAI CLINIQUE SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

DEUXIÈME ARTICLE.

Thérapeutique des fièvres intermittentes. — Avant la découverte du quinquina, il est peu de substances médicamenteuses, de pratiques superstitieuses qui n'aient été mises en usage contre les fièvres intermittentes. La multiplicité des moyens thérapeutiques prouve leur peu d'efficacité.

Quinquina. Variétés de cette écorce douée de divers degrés d'efficacité. — Mode d'administration. — Doses.

1^o *Variétés.* Vingt et quelques variétés principales se rencontrent dans le commerce; voici les principales :

— *Quinquina calisaya* ou *jaune royal*, le plus riche en quinine, est l'espèce la plus fébrifuge; il se distingue surtout, quant à ses qualités physiques, par le détachement et le renouvellement successif de l'épiderme.

2^e *Esp. Quinquina rouge*; très fébrifuge, un peu vomitif, riche en quinine et en chinchonine. Sous cette dénomination, on trouve un assez grand nombre de variétés très distinctes; celle qui jouit des propriétés indiquées se trouve dans le commerce, en écorces, du volume et du diamètre de l'avant-bras. Ses écorces présentent une cassure fibreuse du côté du liber, lisse et d'un rouge foncé de kermès à l'extérieur de l'écorce dont la superficie présente aussi quelques détachemens d'épiderme. D'autres espèces beaucoup moins actives sont connues dans le commerce sous la même dénomination, principalement une très épaisse (4 à 5 lignes), en larges fragmens roulés qui paraissent avoir appartenu au tronc d'un arbre.

3^e *Esp. Quinquina roulé du Pérou.* Ne fournit que de la chinchonine; cette espèce qui a été réputée long-temps une des plus fébrifuges, n'a d'efficacité qu'à très haute dose; il en est de même du *quinquina orangé*.

4^e *Esp. Le quinquina loxa* est encore moins fébrifuge que le quinquina jaune.

On trouve encore dans le commerce un grand nombre d'écorces différentes par leur forme, leur épaisseur, désignées sous le nom de quinquinas jaunes. Aucune n'a d'action qu'à doses très considérables. L'analyse chimique est d'accord avec la pratique.

Sulfate de quinine. — Quatre grains de sulfate de quinine équivalent à un gros de quinquina. Les résultats obtenus dans la pratique sont d'accord avec ceux que donne l'analyse chimique. Le sulfate de quinine semble agir un peu plus rapidement que le quinquina en substance. Du reste, l'estomac le supporte aussi plus facilement en ce sens qu'il détermine plus rarement le vomissement. Ses effets purgatifs sont un peu plus énergiques; l'ingestion en est beaucoup plus facile. Après l'usage de toutes les préparations

de quinquina, les malades se plaignent généralement d'une gastrodynie; à moins que les douleurs spléniques ne soient confondues avec celles qu'ils rapportent à l'estomac. Il est peu probable que cette douleur soit le résultat d'une véritable inflammation. Cette douleur, de même que les tranchées occasionées par les décoctions de séné, l'infusion et la poudre d'arnica, semble tenir à des contractions spasmodiques du canal digestif, causées par une propriété spécifique de ces substances. D'ailleurs, la plus grande similitude a été observée à l'hôpital général de Tours entre l'action du sulfate de quinine et celle du quinquina donné en substance. Des expériences nombreuses ont prouvé qu'aucune autre préparation pharmaceutique connue n'était ni aussi active, ni aussi économique que le sulfate de quinine.

Mode d'administration. — Il ne suffit pas de s'assurer de la bonne qualité du quinquina, le mode d'administration et la dose du médicament ont une grande influence sur les résultats.

— Le quinquina en substance s'est toujours montré plus actif qu'aucune de ses préparations avant la découverte du sulfate de quinine.

La décoction prolongée et l'extrait sont les préparations sur lesquelles on peut le moins compter.

Doses. — 3 gros et même 4 gros de quinquina jaune royal suffisent ordinairement pour supprimer un accès de fièvre intermittente légitime; *mais cette dose doit être administrée en une seule fois.* La même quantité fractionnée ne produit plus le même effet. 2 onces du même quinquina ont été données dans les intervalles apyrétiques dans l'espace de 5 à 6 jours, sans que la fièvre ait été supprimée, tandis que 4 gros administrés en une seule fois ont eu les résultats accoutumés.

Douze heures d'intervalle sont nécessaires pour que cette dose de 4 gros puisse prévenir le retour de l'accès. Torti a découvert qu'en augmentant la dose, qui doit être prise en une seule fois, et la portant à 6 gros par exemple, l'effet anti-périodique est accéléré et assuré: résultat de la plus haute importance dans les fièvres intermittentes pernicieuses, qui sont généralement subintrantes et où l'intervalle apyrétique laisse peu de temps pour agir. Les doses doivent être augmentées dans la proportion de l'imminence du danger.

En général, c'est en se rapprochant le plus possible de l'accès qui vient de se terminer qu'il convient d'administrer le quinquina.

Quelques médecins, surtout en Espagne, ont adopté une méthode opposée; mais l'accès qui suit l'ingestion du quinquina est en général aggravé. Sydenham raconte que quelques malades traités ainsi à Londres étant morts dans l'accès, le quinquina était tombé dans un grand discrédit.

Je me suis assuré que, sans administrer une nouvelle dose après l'accès qui n'avait pas été supprimé, le retour de l'accès subséquent était prévenu.

Plus la fièvre intermittente s'est prolongée, plus la décoloration du sang et la lésion organique de la rate deviennent manifestes, plus les causes qui ont occasioné la fièvre conservent d'activité, plus il se réunit de conditions pour

favoriser leur action, et moins on peut compter sur la durée des effets anti-fébriles obtenus par une seule dose de quinquina. Le plus souvent, du sixième au huitième jour, pour la fièvre tierce, un peu plus tard pour la fièvre quarte, l'accès se reproduit; une indigestion et quelques autres circonstances diététiques peuvent accélérer son retour. Ce sera donc en proportion du danger des récidives que des doses plus ou moins élevées, plus ou moins rapprochées de quinquina devront être opposées au retour présumé de la fièvre.

Deux écueils sont à éviter. Des doses trop élevées, trop fréquemment administrées, amènent, je ne dirai pas une inflammation, mais une irritation des organes digestifs, un état d'impatience qui ne leur permet pas de supporter sans douleur, sans nausées, les substances alimentaires ou médicamenteuses ingérées.

L'observation de chaque jour prouve en outre que le quinquina donné à haute dose détermine chez un grand nombre de sujets un mouvement fébrile très marqué. Les caractères de cette fièvre et l'époque à laquelle elle se manifeste varient selon les individus. Le plus souvent des tintemens d'oreille, la surdité et une sorte d'ivresse précèdent l'invasion de cette fièvre; un léger frisson s'y joint; une chaleur sèche, accompagnée de céphalalgie, succède à ces premiers symptômes, s'éteint graduellement et se termine par de la moiteur. Loin de céder à de nouvelles et de plus fortes doses de ce médicament, la fièvre causée par l'absorption du principe actif du quinquina ne manque pas d'être exaspérée.

Des doses graduellement décroissantes de quinquina ne préviennent pas le retour de l'accès.

La méthode de Sydenham qui consiste à administrer, après quelques jours d'intervalle, la dose de quinquina qui a supprimé la fièvre en premier lieu, est bien préférable. On voit que le nombre de jours d'intervalle qu'on peut laisser entre chaque nouvelle dose doit varier suivant les circonstances précédemment indiquées. Ce qui a été dit ne doit s'entendre que des fièvres intermittentes les plus simples. Celles qui se compliquent de lésions viscérales, d'une altération plus profonde des liquides, amenées par la maladie ou par la fréquence des rechûtes, exigent un genre de traitement plus cauteleux.

On a vu que si l'altération et la fluidification du sang amènent des désordres qui se font sentir dans tout l'organisme, les viscères du bas-ventre sont plus spécialement lésés, la sécrétion de la bile éprouve surtout des altérations notables. Ce fluide est généralement sécrété plus abondamment; et bien que l'anorexie ne s'observe pas constamment dans l'intervalle des accès, il est manifeste que les fonctions digestives s'opèrent d'une manière vicieuse et imparfaite. Ce trouble d'une fonction qui prépare les matériaux de l'assimilation, ajoute bientôt une nouvelle somme de désordres à ceux qui existent déjà, et la tuméfaction du ventre, cet *infarctus abdominalis*, si souvent cité par les auteurs, en est le résultat. Quand le mal est arrivé à ce degré, l'administration du quinquina réclame plus de soins et d'attention. Il ne suffit pas que ce médicament soit ingéré, ses heureux effets dépendent de son

absorption, et ce n'est pas sans beaucoup de peine qu'elle peut s'effectuer dans l'état où se trouve le canal digestif, abreuvé de suc biliaires trop abondamment sécrétés. La turgescence du système de la veine porte y entretient une exhalation plus active que l'absorption; aussi à cette époque de la maladie voit-on fréquemment survenir des vomissemens muqueux et de la diarrhée. Les substances qui n'exercent pas habituellement sur le canal digestif une action purgative, les amers surtout, suffisent le plus souvent dans de telles circonstances pour provoquer des selles abondantes. On ne doit donc pas s'étonner que le quinquina ou le sulfate de quinine, administrés aux doses les plus convenables, ne produisent alors qu'un effet purgatif au lieu d'un effet anti-périodique, puisque comme nous l'avons dit plus haut, le principe actif du quinquina doit être absorbé, porté dans le torrent circulatoire pour remplir l'attente du praticien. De nouvelles doses plus fortes arriveront encore moins au but qu'on se propose d'atteindre.

Avant d'en venir au quinquina, c'est le cas de recourir aux vomitifs, aux purgatifs salins. En évacuant les suc biliaires trop abondamment sécrétés, en diminuant la quantité de mucus, de chyle mal élaboré, de suc dépravés qui remplissent le canal intestinal, en imprimant à la circulation abdominale plus d'activité, ils favorisent l'absorption du fébrifuge. La diète concourt puissamment au succès de cette médication.

Lorsqu'une phlegmasie préexistante exaspérée ou développée par le reflux du sang dans le temps des frissons, s'est adjointe aux désordres qui sont plus immédiatement la conséquence de la durée prolongée des fièvres intermittentes, leur traitement devient encore plus difficile. Souvent ces phlegmasies et la fièvre symptomatique qui les accompagne s'exaspèrent par l'ingestion du quinquina. Les adhérences que la rate contracte assez fréquemment avec le péritoine des parois abdominales et l'épaississement de son enveloppe à la suite de fièvres intermittentes prolongées, fait croire qu'un travail inflammatoire succède fréquemment aux grands épanchemens qui ont lieu dans son tissu. La plupart des fébricitans se plaignent d'une douleur dans le flanc gauche, lors même que le volume de ce viscère n'est pas augmenté d'une manière appréciable au toucher. Sans doute une sorte de fièvre traumatique accompagne cette inflammation, et de même que celle qui est le symptôme ou la conséquence d'une résorption purulente est aggravée par le quinquina. Il n'est donc plus question ici de favoriser l'absorption de ce médicament; le praticien doit être attentif à son influence sur les phlegmasies qui compliquent la fièvre intermittente; c'est alors surtout que la méthode de Sydenham, qui consiste à interrompre l'usage du quinquina, pour le reprendre à quelques jours d'intervalle, l'emporte beaucoup sur toute autre. Même en prenant cette précaution, il convient de juger si la fièvre intermittente n'est pas devenue un moindre mal que l'inflammation viscérale qui la complique.

D'anciens observateurs parlent de fièvres quartes et même de fièvres tierces qui n'ont cédé qu'aux émissions sanguines. Dans ce cas, leur emploi n'est pas moins cauteleux que celui du quinquina, car la phlegmasie œdémateuse des

sujets anémiques et qui tend, ainsi que je l'ai observé, à la chronicité, est loin de se modifier aussi heureusement qu'une phlegmasie aiguë, par les saignées générales ou locales. Le praticien est réduit à l'observer et à faire la médecine des symptômes. Ainsi le plus souvent il conviendra, après avoir supprimé la fièvre, de laisser s'éteindre l'irritation qu'a occasionné le quinquina, avant d'en administrer une nouvelle dose; de soigner en même temps le régime alimentaire quant à la qualité, et surtout quant à la quantité des alimens. Il importe plus que jamais que le chyle ne soit pas porté dans le torrent de la circulation en trop grande abondance, et surtout qu'il ne soit pas dépravé. Un juste degré d'abstinence est la première condition pour atteindre le double but que le praticien se propose. La prédominance des symptômes propres à chacune des fièvres co-existantes indique dans quel sens il faut incliner.

Fièvre larvée. — Les propriétés anti-périodiques du quinquina ne se manifestent-elles pas dans d'autres affections que les fièvres intermittentes? J'ai opposé sans succès ce genre de médication à la fièvre intermittente-tierce vermineuse, dont un exemple a déjà été cité. Je dois ajouter ici que les névralgies périodiques et beaucoup d'affections topiques semblent n'être pas de même nature. On doit d'autant plus compter sur les heureux effets du quinquina, que ces affections se montrent à la même époque que la fièvre intermittente, ou alternent avec elle, c'est-à-dire remplacent un paroxysme légitime et régulier.

Stoll remarque que la névralgie sus-orbitaire est la forme la plus commune sous laquelle se montre la fièvre larvée. Elle cède rarement à l'administration du quinquina, donné même à haute dose, si un vomitif n'en a précédé l'emploi.

L'histoire des fièvres larvées, et des affections périodiques qui peuvent les simuler, réclame des éclaircissemens qui ne peuvent être fournis que par des observations ultérieures. Dans celles de ces affections qui sont susceptibles de céder au quinquina, il doit être administré avec les précautions recommandées et à la même dose.

Fièvres intermittentes pernicieuses. — La thérapeutique des fièvres intermittentes pernicieuses est un des points les plus graves de la médecine pratique. Mercatus, Morton, Torti et Werloff ont laissé plusieurs histoires particulières de fièvres intermittentes pernicieuses. On doit surtout à Torti la meilleure méthode de traitement. C'est lui qui a appris à connaître le danger croissant de ces fièvres qui sont toujours sub-intrans, et qui a signalé le plus grand nombre de leurs symptômes. Il a surtout fait connaître la fièvre léthargique, la cardialgique, les évacuatives diarrhéiques et dysentériques et la fièvre algide. Dans ces derniers temps, on a signalé la fièvre délirante et quelques autres modifications de la fièvre pernicieuse qui se rencontrent moins fréquemment.

C'est encore à Torti qu'on doit la découverte de l'influence qu'exercent de hautes doses de quinquina dans les accès sub-intrans des fièvres pernicieuses. Le premier il l'a administré en substance à la dose de six gros; et proportionnant l'action du remède à l'imminence du danger, il a su gagner de vitesse le paroxysme,

dont le retour fatal ne peut être évité par aucune autre médication connue. C'est dans ce cas qu'une erreur de diagnostic peut avoir les conséquences les plus funestes. S'il est possible, en attendant l'intervalle du deuxième au troisième accès, d'acquérir déjà une certitude qui ne laisse aucune espèce de doute, on doit profiter de ce temps précieux pour agir; car il est indubitable que dans quelques cas le second accès est lui-même mortel. Si l'on fait attention qu'un symptôme pernicieux se montre rarement de premier abord, que le plus souvent c'est dans le cours d'une fièvre intermittente qui a déjà duré plusieurs jours qu'il vient à se manifester, on n'attendra point un éclaircissement inutile et on se hâtera d'agir.

La difficulté ne peut provenir que de la marche insidieuse de la fièvre qui a précédé, et dont les accès peu déterminés se sont montrés jusque-là sous l'aspect d'une trompeuse benignité. Il y a lieu de croire, au contraire, qu'un symptôme pernicieux qui se montre tout à coup isolément et dans une saison où ne règne point la fièvre intermittente, tient à une affection idiopathique contre laquelle le quinquina est sans puissance.

Appelé dans l'intervalle du deuxième au troisième accès d'une fièvre intermittente pernicieuse, le médecin doit principalement considérer avec quelle rapidité l'occasion d'agir va lui échapper. Il doit le moins possible donner au hasard. C'est dans ce cas qu'il importe de n'admettre dans le traitement aucune cause accessoire d'incertitude.

La qualité du médicament, son mode de préparation et d'administration, tout est ici de la plus grande importance. Dans la crainte que le médicament qui doit être donné à haute dose, ne soit rejeté, il convient de l'appliquer à toutes les surfaces qui peuvent en opérer l'absorption. Il convient non seulement qu'il soit ingéré, mais encore porté dans le rectum. Ainsi, quatre gros de quinquina en substance, ou mieux, seize grains de sulfate de quinine, seront donnés en une seule dose, et quatre gros de quinquina délayés dans un verre d'eau tiède seront ensuite donnés en lavement. Deux autres gros, si la première dose n'a pu être re tenue, seront administrés deux heures plus tard, ou injectés, selon l'effet obtenu. De larges épithèmes de quinquina en substance, imbibés de liqueurs vineuses ou faiblement alcooliques, sont un moyen auxiliaire auquel on peut avoir recours pour introduire dans l'économie une certaine quantité du fébrifuge. Mais l'absorption s'exerce avec trop peu d'activité à la surface de la peau pour qu'on ait recours à cette voie sans y être contraint par l'impatience de l'estomac ou celle du rectum. L'addition d'un demi-grain ou d'un grain au plus d'opium peut prévenir le vomissement et le ténésme.

Régime alimentaire et traitement prophylactique des fièvres intermittentes. — L'expérience a appris que les substances animales et les boissons fermentées sont celles que les fébricitans digèrent le plus facilement dans la convalescence de la fièvre intermittente. La peau se ranime et se colore rapidement en suivant ce régime. L'usage des préparations de fer, une habitation sèche favorisent les progrès du

rétablissement. Le changement de saison et de climat qui met à l'abri de l'influence ultérieure des miasmes, assure les effets du traitement, qui doit être d'autant plus soigneusement suivi et continué que cette influence reste plus à craindre. Est-ce en favorisant une nouvelle absorption que les purgatifs déterminent le retour de la fièvre? Leur action ne provoque-t-elle pas le retour des accès dans une saison où cette absorption est peu à craindre? C'est à l'observation de résoudre ces questions. Il est de fait qu'une indigestion a ordinairement d'aussi fâcheux résultats qu'une purgation intempestive. Le frisson occasioné par le refroidissement dû à l'impression de l'air froid et humide est quelquefois suivi de chaleur et de sueur : ce qui constitue un véritable accès de fièvre qui se renouvelle plus tard sous le type accoutumé.

La faim non seulement dans les fièvres intermittentes, mais dans plusieurs autres maladies, est un puissant moyen de guérison. Quelle que soit la doctrine médicale que l'on professe, on ne peut révoquer en doute que l'assimilation ne soit le résultat d'un travail vital, que l'absorption des substances solides ingérées, introduites ou épanchées dans l'interstice de nos tissus, ne doive être préparée par l'action combinée des solides vivans et de leurs sécrétions vitales. Qu'on donne à cette action le nom de digestion ou celui de résolution, on y reconnaît toujours la prééminence des lois vitales sur les lois physiques. Pour que ce travail soit exécuté, on ne doit pas excéder la puissance des instrumens qui en sont chargés. C'est en général en raison inverse des masses à élaborer, et en raison directe de l'énergie des organes que cette œuvre s'accomplit.

Dans toutes les maladies chroniques, et notamment dans la fièvre intermittente prolongée, l'altération du fluide qui fournit à toutes les sécrétions, est une des premières causes de l'affaiblissement des facultés digestives. Les altérations plus immédiates de l'appareil digestif sont une nouvelle cause de l'imperfection de la chylification. L'assimilation elle-même de ce chyle mal élaboré ne peut plus s'opérer d'une manière aussi parfaite; et chacun de ces désordres, tour à tour cause et effet, devient l'origine de nouveaux désordres qui tendent à s'accroître et à s'aggraver. La diète est donc un des premiers moyens thérapeutiques dans le traitement des maladies. Des alimens puisés dans le règne animal, plus facilement assimilables, accordés dans une quantité assez médiocre pour ne pas excéder la puissance des organes digestifs, offrent d'abord l'avantage de ne point augmenter la turgescence abdominale. Une chylification plus parfaite et plus complète devient la source d'une restauration et plus prompte et plus assurée du sang. Il est moins question de fournir ici des matériaux abondans, quel que soit le dépérissement du malade que des matériaux qui puissent être élaborés. *Leçons cliniques de l'hôpital de Tours* (1).

(1) Cet article ainsi que celui qui a été inséré dans notre dernier numéro a été rédigé par l'un de nous d'après les leçons orales de M. Bretonneau. C'est à tort que le premier article porte la signature de ce praticien, qui en avoue toutes les idées, mais qui n'a participé à la rédaction que comme un professeur parlant à des élèves.

SUR LA RÉSECTION PARTIELLE DU PIED.

Depuis environ quinze ans, j'ai été appelé à faire quatre fois l'amputation partielle du pied, et toujours avec un plein succès; cependant je n'ai jamais pu appliquer les règles si précises de M. Lisfranc; tous les désordres étaient considérables et les parties déviées de leur position normale. Dans deux circonstances, j'ai dû même emprunter mon lambeau à la partie dorsale et aux régions latérales du pied. — Voici le procédé auquel j'ai eu constamment recours. — J'ai envisagé le pied comme la cuisse et l'extrémité thoracique où il est de bonne règle qu'on doit conserver le plus de parties possibles et où il n'existe pour la section de l'os, aucun lieu d'élection, mais, seulement, des lieux tracés par la nécessité. — Cette nécessité m'a donc engagé de recourir ici à la scie et de l'appliquer toujours aussi loin que possible de l'articulation tibio-as-tragalienne et sans tenir aucun compte des petits os et des articulations diverses que l'instrument aura à diviser ou à entamer. Il est résulté de là que j'ai pu conserver dans un cas presque tout le côté externe du pied, et que dans deux autres j'ai emporté la partie antérieure de l'astragale et du calcaneum, en rasant l'articulation du pied avec la jambe. — Ainsi pratiquée, cette opération n'offre jamais la moindre difficulté, et est toujours promptement terminée. — Lorsque les tégumens de la plante du pied permettent d'y tailler le lambeau qui doit recouvrir la plaie, voici comment je procède. — Je fais, sur la face dorsale, une incision dans la direction que devra suivre la scie, c'est-à-dire, aussi loin que possible de l'astragale; et cette première section qui pourra être transversale ou oblique devra s'étendre d'un bord du pied à l'autre, en coupant toutes les parties molles d'un seul trait. — La pointe du couteau est alors introduite vers l'une des extrémités de cette incision, pour être poussée sous la voûte plantaire, parallèlement à la section ci-dessus, et de manière que cette pointe de l'instrument aille sortir vers l'autre extrémité de l'incision pratiquée sur la face dorsale. On coupe alors le lambeau de la manière accoutumée et connue, et on achève la section de toutes les parties molles qu'on peut atteindre et toujours dans la ligne où l'on a décidé d'avance que la scie tracerait son sillon. — On fait ensuite relever et soutenir le lambeau avec une compresse fendue; puis en quelques coups d'une scie fine, on sépare ce qui a été jugé devoir être emporté. — Le reste du pansement est comme à l'ordinaire. — Ce procédé a évidemment ces avantages: 1° d'être facilement exécutable, même au milieu des plus grands désordres qui ne permettent plus de reconnaître les endroits où l'on peut désarticuler; 2° de conserver des parties qui devraient être sacrifiées par la désarticulation dans les lieux d'élection, et, 3° d'aller plus loin que la conservation pure et simple du calcaneum et de l'astragale, puisqu'il permet d'emporter une partie assez considérable de ces os. Mais voici venir la grande objection! Dans la désarticulation, me dira-t-on, on coupe toujours toutes les parties molles avec un instrument tranchant, bien nettement et sans aucun déchirement, au lieu que, par votre procédé vous abandonnez à la scie, la section d'un

très grand nombre d'entre elles. Vous les meurtrissez, tiraillez, déchirez, et ces lésions graves de tissus délicats doivent donner lieu à des accidens redoutables, qu'il est important d'éviter, chaque fois qu'il dépend de l'opérateur de le faire.

Je n'ai point vu surgir ces accidens, et les signes de la douleur ne m'ont pas paru être plus considérables pendant et après mes opérations avec la scie qu'avec le bistouri. Le plus effilé n'est guère, en définitive, qu'une scie plus ou moins fine; nous savons d'ailleurs que les plaies faites avec le verre, ou certains corps contondans, comme la dent d'un animal, celle même d'une grosse scie, se guérissent très bien par première intention; preuve évidente que ces plaies n'ont pas été mises dans de trop mauvaises conditions par la cause vulnérante. Ne renouvelons pas ici les subtilités élevées contre les ciseaux et leur fâcheuse manière de couper, dans les opérations. — Je le répète, je n'ai jamais vu résulter d'accidens de la section vive et presque subite des os du pied et des tissus qui les entourent; lorsque cette section était faite avec une scie tant soit peu fine, et je prie mes confrères d'être pleinement rassurés sur ce point.

Après avoir été suspendu de mes fonctions de chirurgien de l'hôpital de Lausanne, pour une discussion tout-à-fait étrangère au service médical, j'ai été réintégré à la fin de septembre 1833 (1), et par un hasard assez singulier, j'ai trouvé au nombre de mes malades, au moment de ma rentrée, trois patients dont l'état réclamait la section partielle du pied: j'en ai opéré deux, l'un le 1^{er}, l'autre le 5 octobre; mais le troisième ayant aperçu quelque hésitation de ma part à prendre ce parti plutôt que celui de l'amputation de la jambe au lieu accoutumé d'élection, a

(1) Nous avons profondément gémi en apprenant que M. Mathias Mayor, dont se glorifie la chirurgie helvétique, avait été éloigné d'un hôpital où il mettait en pratique les procédés heureux dont il est l'inventeur; le gouvernement qui vient de le rappeler à ses fonctions a acquis de véritables titres à la reconnaissance de la science et de l'humanité. (Note des rédacteurs).

craint que l'amputation du pied ne pût réussir et ne nécessitât plus tard une seconde opération. En conséquence, et à mon très grand regret, il s'est refusé à courir cette chance peu probable, et a demandé l'ablation au-dessous du genou. J'ai dû céder à son désir le 6 de ce même mois. L'examen attentif du pied, et du pourtour de son articulation m'a fait voir que si la seconde et la troisième rangées des os du tarse étaient presque réduites en bouillie, l'astragale et le calcaneum n'étaient encore que faiblement atteints dans leur partie antérieure; que la résection eût donc été praticable, et qu'après avoir scié la tête de l'astragale, et la partie antérieure du calcaneum, j'aurais pu dégager le pourtour de l'articulation des tissus lardacés et suspects qu'on y voyait, et conserver intacte cette jointure qui d'ailleurs n'était nullement prise. — Ce qui en imposait d'abord, c'était une tumeur molle derrière la malléole externe, mais elle n'intéressait pas l'os et n'affectait que les tendons et leur gaine logés derrière cette malléole et qu'on eût pu facilement poursuivre et enlever. Je suis donc convaincu, non seulement que j'aurais réussi par la résection projetée, mais encore qu'on a souvent amputé la jambe lorsque les désordres étaient beaucoup moins étendus et moins prononcés que chez ce malade. — Peut-être y regardera-t-on de plus près, maintenant que, par manière d'opérer, on pourra si facilement attaquer le pied jusque tout près de son union avec les os de la jambe.

Si l'on m'objectait, par hasard, les inconvéniens de cette résection et le peu d'avantage qu'elle a sur l'amputation de la jambe et sur l'usage d'une jambe de bois, je dirais que tous mes amputés marchent bien sur le talon, et que la fille Cordey, entr'autres, à laquelle j'ai fait il y a quatre ans, la résection telle qu'elle eût été requise chez le sujet ci-dessus, et sur laquelle j'ai creusé l'astragale, porte un joli soulier, qu'elle marche et danse sans qu'on puisse soupçonner qu'on lui a enlevé une portion aussi considérable du pied. MATH. MAYOR, de Lausanne.

RÉPERTOIRE CLINIQUE.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Orfila, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, a voulu acquérir de nouveaux titres à la reconnaissance des élèves, en faisant ouvrir à l'hôpital des Vénériens, une clinique à laquelle 160 lits ont été consacrés, savoir: 60 lits d'hommes, 60 de femmes, 25 de nourrices, et 15 d'enfans. Il est à regretter que l'administration des hôpitaux ne permette qu'à cinquante élèves de suivre cette clinique instructive, et que M. Ricord n'ait pas d'amphithéâtre pour faire ses cours. Nous faisons des vœux pour que M. Orfila fasse de nouveaux efforts pour obtenir de l'administration des hospices civils de Paris des moyens de rendre plus profitable le zèle éclairé de M. Ricord.

Placé sur un vaste théâtre d'observation où les cas de syphilis de tous genres se présentent et se renouvellent sans cesse, qu'on nous soit permis d'offrir de temps en temps, quelques-uns de nos résultats thérapeutiques.

DES VÉSICATOIRES DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS.

Les vésicatoires ont été employés dans le traitement des bubons; mais tous les praticiens ne sont point d'accord sur les circonstances préci-

ses qui les indiquent, et que nous tâcherons d'apprécier dans un prochain article sur ce sujet. M. Renaud, médecin et professeur distingué de Toulon, a récemment proposé, dans un travail présenté à l'Académie de médecine, l'emploi du vésicatoire dans tous les cas, ou presque tous les cas de bubons, sans distinction d'espèces ou de temps de durée. D'après les explications qu'il a eu la bonté de me donner lui-même, lorsqu'il m'a fait l'honneur de visiter mon service de clinique à l'hôpital des Vénériens, j'ai

employé sa méthode, qui consiste à placer sur les bubons un vésicatoire, qui, dès le lendemain, est pansé avec de la charpie imbibée d'une solution de deuto-chlorure de mercure : vingt grains pour une once d'eau, et voici les résultats que j'ai obtenus.

Sur vingt-trois malades affectés de bubons syphilitiques, ou réputés tels, quinze n'étaient point encore arrivés à l'époque de la suppuration, et huit étaient déjà suppurés, la peau plus ou moins amincie, et la collection purulente réunie en foyer.

Des quinze premiers malades, sept ont dû avoir quatre vésicatoires successifs, la solution concentrée de sublimé corrosif n'ayant point entretenu la suppuration de la peau : de ce nombre, six ont guéri sans suppuration et par une résolution arrivée plus promptement que par les traitemens ordinaires; chez un, la suppuration est survenue et il a fallu ouvrir. Les huit autres ont eu des vésicatoires : deux ont guéri par résolution, six se sont ouverts spontanément dont deux avec un vaste décollement de la peau.

Sur les huit malades chez lesquels les bubons étaient déjà suppurés, et qui avaient également eu des vésicatoires placés d'après la méthode de M. Renaud, deux ont guéri, sans que leurs bubons se soient ouverts, le pus s'étant peu à peu résorbé, et la peau, à la surface du vésicatoire, ayant offert cette sorte de transpiration purulente signalée par M. Renaud. Chez les six autres, après des ouvertures spontanées, et un grand décollement de la peau amincie, il a fallu en venir à la potasse caustique ou au bistouri.

Ces résultats que nous présentons ici en masse, et sans préciser les cas, puisque l'auteur de cette méthode l'applique à tout, ne nous a pas donné les mêmes résultats qu'à lui; car M. Renaud nous a dit qu'avec le vésicatoire les ouvertures spontanées des bubons, étaient très rares, et que plus rarement encore, il était forcé d'en venir aux ouvertures artificielles.

Sans partager entièrement l'avis de mon confrère, nos résultats ayant été différens, je crois que le vésicatoire appliqué dans des circonstances convenables, et que nous apprécierons plus tard, est un puissant moyen dans le traitement des bubons.

EMPLOI DE LA TEINTURE D'IODE POUR LA CURE DE L'HYDROCÈLE.

Il se présente assez souvent, dans mes salles de clinique, des cas d'hydrocèle indépendans de toute cause syphilitique; et j'ai déjà pu employer, sur cinq malades, un moyen nouveau dans le traitement de cette affection, et qui m'a donné d'heureux résultats : ce moyen c'est la teinture d'iode étendue d'eau distillée et appliquée sur la tumeur à l'aide de compresses qui en sont imbibées, et dont on enveloppe le scrotum. Les différens degrés de concentration auxquels je l'ai employée, sont les suivans :

Prenez : Teinture d'iode 1 gros.
Eau distillée 3 onces.
— Mêlez.

Prenez : Teinture d'iode 2 gros.
Eau distillée 3 onces.
— Mêlez.

Prenez : Teinture d'iode 3 gros.
Eau distillée 3 onces.
— Mêlez.

Prenez : Teinture d'iode 6 gros.
Eau distillée 3 onces.
— Mêlez.

Chez les sujets dont la peau est très délicate, et l'épiderme mince, la première formule suffit. Lorsqu'il y a moins de sensibilité, et de la dureté des tissus, on passe successivement aux autres formules. Il faut, pour que le médicament agisse, que les malades éprouvent une sensation de chaleur assez vive, mais supportable, et sans qu'il y ait brûlure ou vésication, que la peau du scrotum brunisse, ou passe au rouge brun, l'épiderme se parcheminant, et formant des écailles qui se détachent, en laissant au-dessous une sorte de transpiration grasse toujours sans vésication. Tant qu'on n'obtient pas ces résultats, il faut augmenter la dose de la teinture d'iode, la quantité d'eau distillée restant la même; mais quand on est arrivé à produire ces effets, on s'en tient au même degré de concentration de la teinture, en renouvelant deux fois par jour les compresses qui en sont imbibées. — S'il survient de la douleur, on suspend pendant quelques jours, et on reprend ensuite jusqu'à disparition complète de la tumeur.

Les observations suivantes, rédigées par M. Ratier, et recueillies dans mon service, montreront les résultats avantageux de cette méthode de traitement.

Gouttel, (Jean), était, depuis neuf ans, affecté d'une hydrocèle du côté gauche, dont la formation avait été précédée d'une orchite, résultat d'un coup sûr le testicule. La tumeur est demeurée stationnaire jusqu'à ce jour 5 octobre; son volume égale celui d'un gros œuf de dinde; la tunique vaginale paraît distendue avec plus de force que de coutume; mais on ne remarque aucun symptôme d'inflammation.

M. Ricord ordonna l'usage de la teinture d'iode à 2 gros. Jusqu'au quatrième jour l'action du médicament est peu marquée; le sixième l'épiderme se détache en écailles brunâtres, une transpiration abondante se produit; le septième la tumeur est beaucoup moins tendue, il se forme sur le scrotum une espèce de pellicule sèche et noirâtre. Le 15 octobre, nouvelle exfoliation, le scrotum est très humide, la tumeur diminue de volume; elle n'a plus que le tiers de sa grosseur primitive : on porte la solution d'iode à trois gros; les phénomènes que nous avons signalés se reproduisent régulièrement jusqu'au 2 novembre, et le malade sort guéri, M. Ricord a revu Gouttel le 23 novembre, et la cure a paru radicale.

A cette observation nous ajouterons celles que nous avons déjà publiées dans la *Gazette des hôpitaux* et recueillies également dans le service de clinique de M. Ricord.

Vergier (Pierre), 4^e salle, n^o 14, affecté d'une hydrocèle enkystée du cordon a été guéri, après quinze jours de traitement, par l'usage de la teinture d'iode d'abord employée pendant cinq jours à un vingt-quatrième et les suivans à un douzième.

Cardot (Claude), 1^{re} salle, n^o 4. Ce malade

a été parfaitement guéri d'une hydrocèle, d'un volume considérable, en trente-six jours. Pendant les quinze premiers jours on a employé la solution de la teinture d'iode à deux gros, et puis à trois gros.

Fauehé (Jaques), salle 1^{re}, n° 29. Pour la cure radicale d'une hydrocèle compliquée d'induration du testicule, il a fallu trente-cinq jours de traitement, pendant les dix premiers la solution était à deux gros.

Delorme, salle 1^{re}, n° 18. Chez ce malade le traitement a été long; mais en quelque sorte en proportion du volume de l'hydrocèle, la solution de deux gros a été employée pendant trente jours à peu près, et pendant vingt la solution à trois gros.

PHILIPPE RICORD, docteur-médecin et chirurgien de l'hôpital des Vénériens; professeur particulier de médecine opératoire, etc.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Messieurs et très honorés Confrères,

Je me suis plusieurs fois entretenu avec vous de l'homœopathie et de la haute influence qu'elle me paraît appelée à exercer sur notre thérapeutique. Je n'ai pas fait, je le sais, de grands progrès dans vos esprits, vous voulez voir avant de croire. Vous avez raison, tel doit être le langage de tout homme de sens qui ne veut se ridiculiser ni par sa crédulité, ni par son scepticisme. *Écouter, douter, voir et croire*; voilà la voie que j'ai suivie et que vous suivrez avec tous les bons esprits.

Mais si je vous approuve comme médecins, je ne saurais vous approuver comme journalistes.

Vous ne voulez ni appliquer, ni propager une idée médicale que vous n'avez pas encore mûrie et adoptée.

Soit; mais en votre qualité de directeurs du plus important journal de médecine qui ait jamais existé, votre conduite est injuste :

Vous n'avez pas voulu créer une feuille systématique, vous avez eu un projet plus élevé, plus utile, votre journal est certainement destiné à devenir le recueil des annales médicales.

Vous analysez tout ce qui est écrit; vous reproduisez les prétentions des partisans de tous les systèmes, vous enregistrez les travaux de tous les hommes de science. Pourquoi l'homœopathie est-elle déshéritée de ce privilège? Pourquoi seule est-elle exclue du droit de plaider sa cause?

Vous ne craignez pas d'annoncer que, dans de graves maladies, des médecins préconisent l'emploi de substances très énergiques à dose élevée, par exemple, *le tartre stibié à 20, 40, 60 grains*.

Pourquoi hésiteriez-vous à annoncer que d'autres médecins préconisent l'emploi des mêmes substances à doses infinitésimales? Est-ce obéir à l'équité?

Je cherche les motifs qui pourraient justifier l'exclusion dont je me plains, et je n'en trouve que deux.

Si l'homœopathie ne se présentant pas comme un fait isolé, mais aspirant à l'importance du système, ne promettait rien d'utile en pratique, et ne reposait que sur une seule conviction; si les médecins qui ont étudié ce système et qui veulent insérer leurs travaux dans vos colonnes,

ne vous offraient point de garantie, je vous approuverais.

Mais l'homœopathie élève des prétentions toutes pratiques, ainsi elle dit :

1° Il n'est pas d'état aigu, quelque violent qu'il soit, qui ne cède en peu de temps, sans convalescence ultérieure.

2° Les $\frac{3}{4}$ des maladies chroniques sont susceptibles de guérir par l'emploi des substances déjà connues.

3° Pour de tels résultats, le malade ne doit plus subir ces maladies artificielles, *vésicatoires, cautères, etc.*

4° Le médecin sait toujours ce qu'il veut faire, le médicament dont il doit se servir, l'antidote qu'il faut lui opposer pour le neutraliser.

5° Plusieurs médecins réunis autour d'un malade ne sont jamais d'opinions opposées; appliquant la même loi, la logique les rapproche.

Mais ces prétentions jetées, il y a 30 ans, dans le monde savant par un seul homme, Hanheman, ont depuis été soutenues par de nombreux et habiles praticiens. L'homœopathie est pratiquée en Allemagne, en Saxe, Russie, Pologne, Italie, etc. Des hôpitaux et cliniques *homœopathies* existent à Saint-Petersbourg, Munich, Leipsick, Naples, Lueques, Bordeaux, etc. Les députés de Carlsruhe ont arrêté que dans chaque université, serait fondée une clinique homœopathique, et que les aspirants au doctorat seraient examinés sur l'homœopathie comme sur les autres branches des sciences médicales.

Sous le second point de vue, parmi les médecins qui depuis long-temps étudient ici cette doctrine et vous demandent l'insertion de leurs travaux, vous connaissez des gens aussi dignes de foi, qu'hommes du monde. Vous le voyez donc, vous restez sans justification. Croyez-moi, sans préjuger la question, accueillez de quelqu'ordre qu'elles soient toutes les pièces du grand procès qui s'instruit, mettez-les toutes sans exception sous les yeux de ses juges naturels, des seuls compétents, vos lecteurs, qui seront bientôt tous des médecins instruits.

Au reste, quelle que soit l'issue de nos recherches, il y aura toujours service rendu. Car si les faits que nous reproduisons continuent à être favorables à l'homœopathie, nous dirons *la doctrine est vraie*; si les faits lui deviennent contraires, nous serons les premiers à écrire, (nos noms au bas), non, *l'homœopathie n'est pas vraie*.

Tout à vous,

BLANC.

Réponse.

Les assertions de l'homœopathie nous paraissent en beaucoup de points contraires aux principes établis dans la science. A ce titre, nous ne permettrions pas de développer dans nos colonnes la systématisation d'idées toutes spéculatives qui jusqu'ici nous sont suspectes.

Des médecins, parmi lesquels nous comptons des noms honorables, des amis, dans la bonne foi desquels nous avons confiance, veulent trancher cette question par *voie d'expérimentation*, nous ne pouvons refuser l'insertion de leurs travaux. Comme ils le disent, quelle qu'en soit l'issue il y aura service rendu.

Il faut que l'homœopathie soit jugée, ne fût-ce que pour n'en plus parler.

Nous donnerons donc à l'avenir un Bulletin des travaux de la société homœopathique de Paris, nous réservant d'attaquer toutes les fois que nous le jugerons utile.

A. TROUSSEAU, H. GOURAUD, J. LÉBAUDY.

PARAPHIMOSIS.

Au mois de mars 1813, je fus appelé pour donner des soins à Guillaume Saint-Martin, jeune homme d'environ dix-sept ans, apprenti maréchal-ferrant, chez qui j'aperçus un paraphimosis simple qu'il s'était procuré lui-même, et dont il souffrait depuis plus de trois heures. Le gland était de couleur rose, un peu tuméfié, et des bourrelets commençaient à se former derrière sa couronne, aux dépens de la membrane interne du prépuce. J'essaye inutilement à plusieurs reprises de replacer ce dernier dans son état naturel; le malade s'impatientant, je lui propose d'inciser la bride qui se trouve en arrière du gland; mais tout à coup il me vient une idée confuse de la possibilité d'épargner des douleurs au sieur Saint-Martin. Je pose le bistouri, après avoir fait mettre la verge dans un verre d'eau froide, et je cours chercher une seringue à injection. A mon retour, je tire de mes deux mains la peau de la verge à moi; et puis la retenant de la main gauche, je saisis la seringue pleine d'eau avec la main droite, et je m'efforce de faire pénétrer ce liquide entre le prépuce et le gland. A ma grande satisfaction et surtout à mon grand étonnement, l'eau passe en partie au-delà de la bride, la soulève et la fait avancer de quelques lignes. Une seconde injection fait monter la bride sur le gland; et une troisième ramène le prépuce dans l'état normal. Depuis cette époque, j'ai eu trois fois l'occasion d'employer une pareille manœuvre, chez des enfans en bas âge, et toujours avec le même succès. Mais si les bourrelets étaient bien formés, l'usage de la seringue ne serait peut-être plus praticable.

1^{er} novembre 1833.

GAVARRET.

OBSERVATION D'UNE INFLAMMATION CÉRÉBRALE AVEC PARALYSIE DU SENTIMENT ET DU MOUVEMENT CHEZ UNE PERSONNE CHLOROTIQUE.

Madame L***, âgée de 25 ans, en proie à une chlorose très prononcée que caractérisent

des palpitations, des attaques de nerfs, une menstruation peu régulière, etc., etc., reçut le 26 septembre dernier, sur le côté gauche de la tête, au niveau du pariétal, un coup des plus violens, occasionné par le renversement d'une échelle: à l'instant même, chute, perte de connaissance qui dura près de trois heures. Un médecin fut appelé, il pratiqua une saignée de cinq palettes environ, après laquelle la malade reprit connaissance, accusant une douleur très vive à l'endroit frappé. En cet endroit, le cuir chevelu n'offrait aucune solution de continuité; mais il formait une bosse du volume d'une noix.

La nuit fut sans sommeil, le lendemain il y avait malaise général, perte d'appétit et particulièrement contrariété très grande pour la malade qui était alors à quinze lieues de Paris, loin de sa famille. La seconde nuit n'ayant pas été meilleure, madame L.... prit la diligence et revint chez elle. Le trajet fut pénible, elle éprouva trois syncopes dans la voiture, et la céphalalgie ne fit que s'accroître. Je la vis une heure après son arrivée; elle était plus pâle qu'à l'ordinaire, paraissait fatiguée, abattue; le pouls était petit et sans fréquence, il n'y avait aucune trace de lésion à l'extérieur de la tête; la tumeur sanguine était entièrement résorbée. Ne voulant pas agir énergiquement dans une circonstance où la fatigue pouvait être pour beaucoup dans l'état présent de la malade, je prescrivis simplement des cataplasmes sinapisés autour des pieds, de la limonade pour boisson et le repos au lit.

Le lendemain 29, je vis la malade dès le matin; elle se trouvait moins fatiguée que la veille, accusait un peu de mieux; mais le mal de tête était toujours aussi violent, il s'étendait de plus à tout le côté droit de la tête; le côté droit du col, et le bras du même côté étaient le siège d'un engourdissement commençant, le pouls était petit. La malade ayant été fortement saignée à la campagne, et l'état d'anémie dans lequel elle était, m'inspirant quelque crainte pour une autre saignée du bras, je fis appliquer dix sangsues à chaque malléole interne, j'ordonnai un bain de pieds après la chute des sangsues, et un lavement purgatif le soir.

Dans le courant du jour notre malade eut une forte contestation avec une domestique, et naturellement très irritable, elle en ressentit une contrariété très vive, au point de se lever et de s'appliquer seule les sangsues près de son feu. L'effet de cet incident fut une nuit passée dans une agitation extrême, et une attaque de nerfs vers deux heures du matin, à laquelle succéda un peu de calme.

On me cacha, le lendemain, ainsi que dans tout le cours de la maladie, ce qui avait eu lieu la veille. Je prescrivis un lavement purgatif à la suite duquel le mal de tête parut diminuer.

Mais le soir, une nouvelle série de symptômes se manifesta; la douleur abandonna entièrement le côté gauche de la tête, pour ne plus se faire sentir que dans le côté droit; puis celle du col augmenta, s'étendit à tout le membre supérieur ainsi qu'au membre inférieur du même côté: bientôt la malade perdit connaissance, la respiration devint bruyante, accélérée, le pouls très fréquent, l'artère assez pleine et donnant cent trente pulsations par minute, la face pâle, l'ori-

gine des muqueuses entièrement décolorée; le bras gauche ne tarda pas à devenir le siège de contractures, agité par intervalle de mouvemens convulsifs. Rien ne pouvait faire sortir la malade de cet état d'insensibilité; on appliqua des sinapismes autour des pieds. Plusieurs médecins, parmi lesquels je citerai M. Pierry, et M. le docteur Vidal, de la rue de Cléry, furent appelés en consultation. Nous convinmes que, malgré l'état d'anémie dans lequel se trouvait la malade, on lui pratiquerait une saignée proportionnée à son influence sur le pouls, que les rubéfiens seraient promenés sur toute l'étendue des membres inférieurs, et qu'un nouveau lavement purgatif serait administré. Mais à peine cette consultation était-elle terminée que la plupart des accidens cessèrent, la malade reprit connaissance et demanda avec instance qu'on lui enlevât les sinapismes qu'on lui avait appliqués une heure auparavant, et qui lui occasionaient une rubéfaction très vive. De tous les phénomènes dont j'ai parlé plus haut, il ne resta que la douleur de tête qui était augmentée; tandis que celle du côté droit du corps ne tarda pas à se convertir en un engourdissement, puis en véritable paralysie.

La saignée fut pratiquée, elle produisit fort peu de soulagement, et deux fois dans la nuit la malade perdit de nouveau connaissance, et eut en même temps de la contracture et des mouvemens convulsifs dans les membres du côté gauche.

Le lendemain 1^{er} octobre, sur ma demande, on m'adjoignit le docteur Pierry, pour continuer à traiter la malade; nous convinmes de renouveler encore la saignée une ou deux fois dans le courant de la journée, si la paralysie faisait des progrès; ce qui arriva effectivement: aussi la seconde saignée fut-elle pratiquée dans le milieu du jour. Elle parut faire diminuer la céphalalgie et arrêter la paralysie; mais le soir ces accidens ayant augmenté, la troisième saignée fut faite, et elle produisit peu ou point d'effet.

Le sang retiré par les saignées, était peu riche en fibrine, le caillot était pâle, peu volumineux, et celui de la dernière surtout formait à peine le tiers du volume de la saignée dont le sérum constituait les deux autres tiers.

Le 2, tout le côté droit était paralysé du sentiment et du mouvement, la malade ne pouvait distinguer les objets de l'œil droit, quoique la pupille n'offrit rien de particulier, et la langue tirée hors de la bouche se dirigeait du côté paralysé; la céphalalgie était la même. Plusieurs fois dans la journée la malade eut des attaques convulsives avec perte de connaissance, etc..., phénomènes que désormais je désignerai sous le nom d'attaques pour abrégé; attaques qui ressemblaient à celles qu'elle éprouvait habituellement, mais qui de plus s'accompagnaient souvent de carphologie et par fois de délire. (Large vésicatoire volant au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, sinapismes aux mollets.)

La nuit s'annonçait assez bien, lorsque tout-à-coup la malade éprouva une syncope des plus profondes, de laquelle on ne la retira qu'avec peine, en lui appliquant fortement sur le visage deux

demi-verrées d'eau froide, et en lui titillant les narines avec les barbes d'une plume.

Le 3, la céphalalgie changea de place, elle sembla gagner l'occiput, et la sensibilité parut revenir dans les membres paralysés; il y eut quelques attaques, et dans leur intervalle la malade se trouva bien. Le vésicatoire fournit une abondante quantité de sérosité. Pour combattre l'épée de périodicité qui se manifestait dans le retour des attaques, on administra le sulfate de quinine en pilules, à la dose de six grains soir et matin.

Le 4, la céphalalgie a singulièrement augmenté, elle s'est étendue aux deux côtés de la tête à la fois; la malade est devenue très irascible, s'est plaint beaucoup, et elle qui jusqu'à ce jour avait ignoré la gravité de son état, s'effrayait et se croyait dans le plus imminent danger; elle voulut à peine qu'on lui pansât son vésicatoire et qu'on lui mit quelques cataplasmes légèrement sinapisés aux jambes; cet état d'exaltation de la sensibilité, contrastait singulièrement avec la tranquillité de la veille.

Le calme revint dans la nuit, il y eut un peu de sommeil; le lendemain la malade commença à remuer le pied et la jambe paralysés, se plaignit d'une sensation pénible vers la région de l'estomac, qu'elle dit être un tiraillement de la faim, et qu'un peu de bouillon ne tarda pas à calmer; puis on continua le sulfate de quinine en pilules.

Les jours suivans le mieux se continua, le mouvement revint successivement dans le poignet, l'avant-bras et le bras paralysés; la malade prit avec plaisir des alimens de plus en plus solides.

Le 12, la paralysie avait complètement disparu; la céphalalgie avait abandonné le côté droit de la tête, pour revenir à son siège primitif, c'est-à-dire à gauche, et s'accompagnait de bourdonnement dans les oreilles. L'alimentation et le sulfate de quinine ne furent pas discontinués, et sous leur influence, l'appétit se soutint et les forces revinrent.

Le 14, à la suite d'une petite contrariété, la malade vomit les alimens qui avaient fait son dîner; elle eut deux attaques, dont une très forte, surtout relativement au peu de durée de celles des jours précédens.

Le 18, la céphalalgie étant encore assez tenace, deux petits vésicatoires volans appliqués derrière chaque oreille, produisirent un soulagement marqué; mais après leur cicatrisation, la céphalalgie reparut toujours accompagnée de bourdonnement dans les oreilles.

Le 26, on appliqua un vésicatoire au bras; et depuis ce temps la convalescence paraît entière car aujourd'hui 6 novembre, Madame L. a repris son train de vie accoutumé; elle peut faire des courses à pied et en voiture: et l'appétit, qui s'était d'abord ralenti, paraît revenir d'une manière durable.

Résumé de l'observation. — Inflammation cérébrale par suite d'une violence extérieure appliquée sur le côté gauche de la tête, chez une dame habituellement clorotique; — paralysie du sentiment et du mouvement de tout le côté droit du corps; — contracture et mouvemens convulsifs du côté opposé; — convulsions géné-

rales revenant par accès; — céphalalgie d'abord à gauche, passant à droite au moment où la paralysie se montre, pour revenir ensuite à gauche, quand celle-ci a cessé; — emploi des antiphlogistiques dans les premiers jours; — des toniques au septième jour de la maladie; — guérison.

Cette observation n'ajoutera que peu de chose au domaine de la science, et en la publiant, je n'ai pas la prétention de la donner comme un fait très rare. Depuis les savantes recherches de MM. Rostan, Lallemand, Bouillaud, etc., et particulièrement celles d'Abercrombie que M. Gendrin vient de faire passer dans notre langue, nous connaissons à peu près tout ce que les affections cérébrales offrent d'irrégulier ou de bien tranché dans la manifestation de leurs symptômes, et quelle est l'étendue des moyens que la thérapeutique nous offre pour les combattre: mais j'ai principalement pour but d'appeler l'attention de ceux qui me liront, sur la difficulté de diagnostic qu'a présenté la maladie qui fait le sujet de cette observation, et surtout sur la difficulté qu'il y avait de juger de prime-abord la gravité du mal, son étendue, et qu'elles en seraient les conséquences probables.

L'affection ici était loin d'être simple: effectivement, nous avons affaire à une céphalite occasionnée par une violence extérieure, jointe à une chlorose sous l'empire de laquelle Madame L... vit depuis plusieurs années, névrose dont les symptômes masquaient ou compliquaient ceux de la maladie accidentelle. Ce qui caractérisait l'inflammation cérébrale était la circonstance d'un coup sur la tête, la céphalalgie du côté opposé, puis, quelque temps après, douleur dans tout le côté droit du corps et par suite paralysie du sentiment et du mouvement du même côté; les phénomènes qui annonçaient la névrose, étaient, la perte subite et fréquente de connaissance, l'agitation convulsive des membres non paralysés, la mûssitation, et quelquefois le délire loquace, comme dans une attaque d'hystérie. Mais de prime-abord il n'était pas aussi facile de faire la part à chacune de ces affections et de déterminer quels étaient les symptômes qui appartenaient à l'une et à l'autre. En voyant la malade pour la première fois, on ne pouvait méconnaître une inflammation cérébrale, et quand la paralysie d'un côté, la contracture de l'autre, l'agitation, le délire, etc., étaient pris en considération, on ne pouvait s'empêcher de craindre que cette inflammation ne fût très étendue, qu'elle ne se propageât aux méninges, et que la mort n'arrivât bientôt par les progrès du mal, et particulièrement par l'extension de la paralysie; aussi l'emploi des moyens les plus énergiques était-il ce qui paraissait y avoir de mieux à faire, et, se disposait-on à les employer? Mais, d'un autre côté, lorsqu'à la suite de ses attaques on voyait Madame L... reprendre connaissance, quelquefois même sa gaieté habituelle, s'occuper avec justesse et précision des détails de son ménage, et se plaindre seulement de céphalalgie et de pesanteur dans le côté paralysé; force était bien de modifier son premier jugement, de croire à une lésion traumatique moins profonde, de porter un pronostic moins fâcheux, et d'avoir recours à des moyens moins énergiques que ceux auxquels on avait pensé d'abord.

Une circonstance digne d'être notée, que nous avons cru observer dans le cours de la maladie, est celle-ci: quand on employait, pour combattre l'inflammation, quelques moyens débilitans, la névrose semblait prendre plus d'empire, et les attaques revenaient plus souvent; ainsi, après une saignée ou un lavement purgatif qui avait produit beaucoup d'effet, ces attaques étaient-elles plus fréquentes. Ce fut sous l'influence de cette idée (que l'affaiblissement pouvait être pour beaucoup dans le retour des accès), que nous nous décidâmes à rompre la diète au 9^e jour de la maladie; ce qui n'entraîna aucunement la marche décroissante des symptômes inflammatoires. Ensuite, les attaques parurent s'éloigner à mesure que l'on augmentait la quantité des alimens.

Le sulfate de quinine qui avait été administré pour combattre l'espèce de périodicité qui se manifestait dans le retour des accès, fut continué et les alimens augmentés; sous l'influence combinée de ces deux moyens, les attaques s'éloignèrent et la malade ne tarda pas à entrer en convalescence. Je dis influence combinée, car effectivement le sulfate de quinine avait été employé pendant deux jours, la malade étant toujours à la diète, sans produire aucun effet; et ce n'est qu'après avoir été employé avec l'alimentation qu'il a paru, sinon faire cesser complètement les accès, au moins détruire leur périodicité.

Ceci est d'autant plus digne de remarque que beaucoup de praticiens, dont nous honorons le caractère et respectons les doctrines, n'auraient pas manqué de nous blâmer fortement en nous voyant ainsi employer les toniques au 7^e jour de la maladie et des alimens au 9^e, craignant par là de voir les accidens inflammatoires prendre une nouvelle intensité; avec une apparence de raison d'autant plus fondée, que M. Lallemand, dans ses Lettres sur l'encéphale, dit positivement que les toniques doivent être évités, et cite plusieurs cas dans lesquels ce genre de médication a été funeste.

Pour être juste, ajoutons que ce n'est pas la première fois que nous avons eu l'occasion de constater les bons effets de l'alimentation, sitôt la première période de la maladie passée, dans les affections de ce genre. M. Piorry, dont les conseils nous ont été si utiles dans le traitement de la maladie dont nous venons de rapporter l'histoire, nous a bien des fois démontré, lorsque nous étions son élève, tous les dangers qu'entraîne une diète trop prolongée; et ses travaux n'ont pas peu contribué à modifier l'opinion d'un grand nombre de médecins sur ce point de thérapeutique.

Une dernière remarque est relative au siège de la céphalalgie: Effectivement nous le voyons, occuper d'abord le côté frappé de la tête, puis passer au côté droit, lorsque la paralysie commence, et quand celle-ci est terminée repasser au côté gauche, son siège primitif. Je laisse au lecteur à faire lui-même les réflexions que suggère cette dernière circonstance.

Paris, 6 novembre 1833. VIDAL (de Poitiers).

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, GUÉRI PAR
LES FRICTIONS MERCURIELLES.

L'excellent esprit qui règne dans la rédaction

de votre journal, auquel l'avenir le plus brillant est certainement réservé, pourra, je l'espère, réveiller parmi les praticiens le goût d'une thérapeutique sage, rationnelle, et un peu plus hardie que celle de la doctrine de l'école dite *physiologique*. Cette doctrine brillante, à laquelle nous devons tant et de si grandes choses; mais qui, comme toutes les doctrines médicales et philosophiques, ne peut pas embrasser tous les faits, a frappé de stérilité cette partie si importante de guérir, la *thérapeutique*.

Si nous ne devons pas être ingrats envers l'homme du premier ordre, qui le premier a osé atténuer notre culte superstitieux pour les anciens, et qui le premier par ses immenses travaux a éclairé le diagnostic, si obscur avant lui, des fièvres dites essentielles: Nous ne devons pas non plus nous dissimuler qu'il a arrêté l'élan de l'esprit humain, en rendant ses disciples timides jusqu'à la puérilité, dans l'application des méthodes thérapeutiques qui ne découlaient pas essentiellement de la doctrine. Nous sentons d'autant plus vivement ce tort, nous autres praticiens qui vivons éloignés des spéculations de la science, que nous n'avons d'autre objet et d'autre mission, que la nécessité de guérir. — Nous autres *guérisseurs*, comme nous appellent fièrement les spéculatifs, devons louer singulièrement votre zèle dans la propagation des méthodes curatives dont vous cherchez à enrichir la médecine pratique et bien véritablement pratique.

Ces courtes réflexions m'ont été suggérées par la lecture de l'article de M. Trousseau, inséré dans le numéro de novembre 1833, concernant l'emploi des frictions mercurielles dans le rhumatisme aigu, musculaire, et articulaire. Déjà, depuis plusieurs années, j'ai recueilli un assez grand nombre d'observations sur l'innocuité et les bons résultats obtenus par l'emploi de l'onguent mercuriel, à haute dose, dans les péritonites puerpérales et autres. Je vous demanderai la permission de citer ici un fait qui vient corroborer le travail de l'un de vous.

Le 3 novembre dernier, la nommée Vielné, marchande d'herbes, demeurant rue de la Tonnelierie, n° 55, me fit appeler à trois heures de l'après-midi pour lui donner mes soins.

Cette femme est jeune et robuste, d'une constitution sanguine, livrée habituellement à un travail pénible, exposée constamment à l'influence d'une atmosphère froide et humide.

Elle fut saisie brusquement d'un froid vif et général, avec céphalalgie, pandiculations douloureuses, anorexie complète, et une petite douleur avec gonflement au pouce de la main droite. Quand je la vis, elle avait une fièvre ardente, un pouls plein, fort, vibrant cent dix pulsations par minute. — Un petit gonflement du pouce et du poignet du côté droit.

Je fis une large saignée; des applications émol-

lientes, donnai un grain d'émétique en lavage, des boissons délayantes, etc.

Deuxième jour. — Le sang tiré de la veine, offre un caillot épais, peu de sérosité, point de couenne. — Les deux bras sont pris, agitation, douleurs atroces, cris aigus. — Nouvelle saignée abondante, voulant raccourcir la durée d'une maladie que tous les praticiens savent être fort longue ordinairement, avec la médication louable, je mets en usage l'oxide d'antimoine. La malade prend un gros en douze heures. Quelques sédatifs sont administrés.

Le soir nul soulagement, le nombre des pulsations des radiales est diminué de 96 à 100 pulsations.

Troisième jour. — Les membres pelviens sont envahis. — L'acuité des douleurs est extrême. Nouvelle saignée, nouvelle administration d'oxide d'antimoine à la dose d'un gros. Emollients, bains, et à 6 heures du soir sueurs abondantes, exaspération des douleurs au point de causer le délire. — *In extremis morbis, extrema remedia*; je fais faire quatre frictions d'onguent mercuriel, de six gros chacune, sur l'abdomen. Elles furent faites en quatre heures.

Quatrième jour. — A ma visite du matin, je trouvai ma malade dans un état fort satisfaisant, les douleurs des jambes, le gonflement de leurs articulations avaient notablement diminué, et cependant elle ne pouvait pas encore remuer ses membres. Les bras restaient à peu près dans le même état. — Nouvelles frictions d'onguent mercuriel, à la même dose, et de la même manière que la veille.

Cinquième jour. — Je trouvai la malade à son séant, remuant joyeusement ses membres. — Elle se plaignait d'une vive douleur aux gencives, et dans la bouche. — Ces parties étaient gonflées, et un peu de salivation commençait; l'articulation radio-carpienne droite restait gonflée.

Prescription d'une once d'onguent mercuriel.

Sixième jour. — La malade ayant éprouvé de vives douleurs dans les gencives, et dans la bouche, et salivant plus abondamment que la veille, renonça aux frictions. — Se trouvant bien, ayant de l'appétit, je lui donnai quelques aliments.

Septième jour. — Le bon état se soutient à tel point que la malade se lève et ne veut plus rien faire.

J'ai exposé aussi rapidement qu'il m'a été possible les circonstances de ce fait. Il prouve évidemment l'innocuité des frictions d'onguent mercuriel à haute dose. On ne peut pas douter un seul instant de l'amélioration subite et tranchée éprouvée par la malade par suite de l'emploi de ce médicament... J'aime croire que la guérison sera solide; s'il y avait une rechute je n'hésiterais à recommencer une médication dont les effets ont été remarquables, et si décisifs.

Paris, le 1^{er} décembre 1833, PICHON, D. M.

MÉDECINE COMPARÉE.

FRACTURE TRANSVERSALE DU PREMIER PHALANGIEN DU MEMBRE ANTERIEUR DROIT, FRACTURE LONGITUDINALE DE L'OS DE LA COURONNE APPARTENANT A L'EXTRÉMITÉ

ANTÉRIEURE GAUCHE DU MÊME CHEVAL; — GUÉRISON.

On cite quelques exemples d'accidens semblables à celui dont je vais rendre compte; peut-

être même en a-t-on rencontré de beaucoup plus graves ; mais je ne sache pas que l'on ait jamais tenté, sur le même cheval, la guérison de deux fractures affectant à la fois le bipède antérieur. Il fallait, pour chercher à obtenir cette cure, un concours de circonstances qui ne se présente pas toujours dans la pratique.

Un cheval appartenant à l'Administration des messageries générales du commerce, et destiné à faire le service de diligence au relais d'Auve à Sainte-Menehould, était, le 30 avril 1830, attelé en sixième ou à *la galère* ; pour me servir d'un terme expressif parmi les postillons. Au bas d'une petite côte, cet animal faillit et tomba sans qu'il lui fût possible de se relever à temps, en raison de la rapidité avec laquelle la voiture était entraînée. La chute eut lieu sur le côté droit et la petite roue de devant passa sur les membres antérieurs du cheval. C'était non loin de la poste d'*Orbéval*, où l'on transporta le cheval, hissé sur une charrette.

Un vétérinaire appelé constata le fait, et reconnut l'existence de deux fractures dont une intéressait le premier phalangien du membre antérieur droit, et l'autre l'os de la couronne appartenant à l'extrémité antérieure gauche ; il conseilla, en conséquence, de tuer le cheval, et dressa en même temps le procès-verbal qui devait être envoyé à l'Administration. Il répugnait cependant à la personne de confiance, chargée de la surveillance de ces chevaux, de faire tuer un animal excellent, qui n'avait pas encore cinq ans et qui avait été payé fort cher quelques jours auparavant. Je fus consulté. Toutes informations prises, considérant la jeunesse et la valeur du cheval, le peu de frais qu'occasioneraient la nourriture et le traitement ; car il pouvait vivre sans dépens au milieu de trente chevaux qui nécessitaient aussi des soins de ma part, j'indiquai les précautions à prendre pour le faire transporter à Auve, où je le vis le 2 mai. Il ne s'était point levé depuis sa chute, et paraissait avoir peu souffert de sa translation ; cependant, toutes les parties saillantes du corps étaient assez fortement excoriées.

Les membres ayant été débarrassés de l'appareil provisoire que j'avais ordonné de poser avant qu'on ne ramenât le cheval, je pus explorer chacune des extrémités antérieures, et il me fut assez facile de reconnaître les deux fractures dont j'ai parlé.

La solution de continuité était transversale et avait partagé en deux parties à peu près égales le premier phalangien du membre droit sans que, pourtant, il y eût ni déplacement, ni difformité, ni raccourcissement. Mais la mobilité extrême des parties divisées que l'on pouvait porter dans tous les sens, et une crépitation très prononcée, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence de cette fracture.

J'eus besoin d'un examen beaucoup plus approfondi pour découvrir le véritable siège de la fracture qui affectait le membre gauche. Le signe le plus certain, la crépitation, était bien appréciable autant que possible quand, en saisissant le pied, je lui faisais exécuter des mouvemens de semi-rotation non ordinaires, il y avait bien une forte chaleur et une légère tuméfaction à la couronne, l'animal témoignait bien une

vive souffrance, et je ne doutais pas qu'il y eût une solution de continuité, mais je ne savais réellement quel était l'os fracturé. Cependant, en livrant le pied à un aide qui lui faisait exécuter les mêmes mouvemens, et en plaçant mes mains de manière à juger mieux du déplacement des os dans ces mouvemens, je pus m'assurer que l'os de la couronne était divisé dans le sens longitudinal.

Ces fractures étaient simples, le malade montra beaucoup de docilité dans cet examen, les palfreniers me parurent bien disposés à le soigner convenablement, je n'hésitai plus à tenter la guérison, et des appareils furent bientôt préparés et méthodiquement appliqués.

J'ordonnai les alimens les moins échauffans, et de préférence la luzerne fraîche, on donna quelques lavemens émolliens, et des frictions légères d'eau-de-vie camphrée devaient amener la prompte cicatrisation des parties excoriées. Le cheval demeura couché, on avait soin de lui donner une abondante litière et de la renouveler deux fois le jour.

Le 7, j'eus occasion de revoir mon malade, il avait beaucoup d'appétit, et demeurait fort tranquille ; il avait une rare intelligence. Lorsqu'il était fatigué, par exemple, il se dressait sur ses genoux, puis en élevant le train de derrière, il se retournait et se couchait sur le côté opposé à celui sur lequel il était précédemment ; mais auparavant il urinait ou il fientait.

Les derniers tours de bandes se trouvant un peu desserrés et dérangés, je les remis après avoir fait pénétrer de l'eau-de-vie camphrée sous les appareils et en avoir imbibé ceux-ci : on devait en faire autant une fois par jour.

Le 13, je renouvelai les appareils qui étaient un peu descendus. L'animal faisant des efforts pour se lever, j'établis un suspensoir au-dessus de la place qu'il occupait, et je le fis le soulever pour étudier les effets que cela produirait sur le malade, autant que pour montrer aux palfreniers la manière dont ils devraient user de ce moyen.

Le cheval demeura suspendu pendant un quart-d'heure, et ce temps suffit pour le couvrir d'une sueur écumeuse extrêmement abondante : il n'y serait même pas resté aussi long-temps, s'il n'avait eu de l'avoine dans la mangeoire. Dès qu'il fut debout, il fienta et urina abondamment, et se trouva bien soulagé quand il fut remis sur une paille fraîche ; il étendit alors, avec une sorte de plaisir, ses jambes et sa tête, et demeura ainsi durant plusieurs heures. J'ordonnai qu'on l'aidât à se relever toutes les fois qu'il en manifesterait la volonté, qu'on ne le quittât pas alors, et qu'on l'aidât ensuite à se recoucher lorsqu'il paraîtrait fatigué.

Le 26, je le vis encore, mais je ne fis qu'arroser les appareils avec de l'eau-de-vie. Le 5 juin, j'en fis la levée totale et, déjà, je pus m'apercevoir de la formation des cals : je reposai ensuite les mêmes appareils. Le 27, je les enlevai pour n'en plus remettre. A cette époque, il n'était plus besoin de suspensoir, l'animal se levait sans aide, restait quelquefois deux heures debout, puis se couchait seul, mais avec des précautions et des ménagemens admirables. J'ordonnai des frictions spiritueuses sur les boulets et des onctions d'onguent de pied sur les sabots dont la corne était extrêmement durcie et

agrandie. Je le changeai d'écurie, mais je ne parvins à le faire marcher qu'en lui montrant de l'avoine et en lui en laissant prendre à chaque nouveau pas : il boitait très fortement des deux membres ; cependant la locomotion était bien plus difficile pour la jambe gauche que pour l'autre. Il existait à chaque extrémité un cal très volumineux ; le membre gauche était extrêmement redressé et j'avais à craindre une ankylose en raison du mode de fracture de l'os de la couronne. Je fais entourer le pied de ce côté de cataplasmes émolliens pour amollir la corne. Le 30, le pied est paré et l'on peut appliquer un fer à patin ; la cautérisation transcurro-inhérente est mise en usage le même jour sur toute l'extrémité. — Continuation des frictions spiritueuses sur le boulet droit et des onctions d'onguent de pied sur la corne des pieds antérieurs.

Le 15 juillet, les effets de la cautérisation sont déjà sensibles, les mouvemens sont plus libres, il n'y a plus d'ankylose à craindre ; le fer à patin est enlevé et remplacé par un fer à pince prolongée ; la marche est plus facile. — Application du feu sur le boulet droit par le même procédé. — Des promenades aussi longues et fréquentes que possible sont recommandées. — Au 10 août, l'irrégularité de la marche a beaucoup diminué, elle est toujours plus difficile pour le membre

gauche qui a pourtant repris son inclinaison ordinaire. — Je conseille le travail de la charrue pour les premiers jours de septembre. — L'Administration ne voulant plus le garder, le cheval fut acheté 30 francs vers la fin de juin par l'aubergiste qui logeait les chevaux attachés au service des messageries ; mais il le traita assez mal dès qu'il fut en état de lui rendre quelques services. Il le fatigua beaucoup, le mit au bocard, et lui fit rentrer ses moissons. Cependant, les cals avaient beaucoup diminué de volume, le cheval ne boitait presque plus, enfin la guérison pouvait être regardée comme entière. Mais son dernier propriétaire ne voulait pas le conserver, il aurait fallu le nourrir pendant l'hiver ; il chercha donc à s'en défaire et en obtint une somme de 90 francs à la fin de décembre. Passé en d'autres mains et mieux traité, ce cheval redevint bientôt en très bon état et il fut acheté par un cultivateur de Châlons qui n'en a point d'autres et qui l'emploie, depuis cette époque, à la culture de ses terres et à la rentrée de toutes ses récoltes. J'éprouve la satisfaction de le revoir souvent bien portant et marchant droit ; on lui a donné le nom : *La Jambe cassée*.

GAYOT fils, médecin-vétérinaire,
à Châlons-sur-Marne.

INSTITUTIONS MÉDICALES.

L'abondance des matières et la fin du rapport de M. Double ne nous permettent pas de donner aujourd'hui le résumé de la discussion qui a eu lieu dans le sein de l'Académie sur la réorganisation médicale, et les réflexions que la lecture du rapport et la discussion ont fait naître dans notre esprit.

Nos lecteurs ne perdront rien à ce retard.

Il y gagneront même, car nous faisons ici appel à leur zèle et à leur conscience : nous demandons qu'ils examinent, et qu'ils nous transmettent ce que l'expérience et la réflexion leur auront appris.

Nous accepterons tout et nous tiendrons compte de tout, plus sûrs de comprendre les véritables besoins de tous et de distinguer les élémens qui doivent constituer solidement aujourd'hui la profession médicale.

Par cela seul qu'il y aura eu plus de calme et moins de précipitation, il y aura plus de chances pour un bon jugement. Nous rentrons d'ailleurs ainsi dans le plan de notre œuvre qui est de travailler avec quiconque nous offrira son bon sens et sa bonne volonté.

SUITE ET FIN DU RAPPORT DE LA COMMISSIO.

Suite du Chap. IV, sur les abus de la médecine.

IX.

Au nombre des abus que la législation a introduits dans l'exercice de la médecine, se place en première ligne la patente, « sans contredit le plus mal assis et le moins équitable des impôts. » M. le rapporteur examine brièvement la législation de la matière, qu'il trouve vicieuse et incohérente. Dans aucune loi, dans aucun décret, les médecins ne sont compris nominativement parmi les personnes sujettes à la patente ; il n'est parlé que des officiers de santé. On n'a pu y soumettre les docteurs que par une assimilation abusive, en vertu d'un article fort vague, qui impose la patente aux professions non désignées dans la loi, mais qui ont quelque rapport avec celles qu'elle a spécifiées.

Comment s'est-il fait que la médecine, science toute d'intelligence, ait été assujettie à la patente, tandis que d'autres professions du même ordre, celles de l'avocat,

du peintre, du sculpteur, en sont restées exemptes ? C'est ce qu'il n'est pas aisé de dire ; la seule raison qu'on ait alléguée est que les créances des médecins ont été déclarées privilégiées par la loi, argument qui étonne tellement dans la bouche des législateurs qu'il faut l'avoir entendu pour le croire.

On a dit aussi pour quelques autres professions non soumises à la patente, celle de notaire, par exemple, etc., qu'ils paient en réalité un droit, même assez fort, au trésor public, par l'intérêt de leur cautionnement, fixé au-dessous du taux légal ; mais ne pouvait-on remarquer aussi que ces professions, limitées à un certain nombre d'individus, jouissent d'un droit de privilège et de monopole pour lequel la retenue exercée sur les intérêts du cautionnement n'est pas même une compensation ?

Alléguerait-on, pour nous imposer davantage, les espérances de fortune qu'offre la médecine ? Mais chacun sait bien que, sous ce rapport, les médecins sont les plus mal partagés. Nous ne parlons pas des sacrifices que nous sommes toujours prêts à faire pour l'humanité

la voix des pauvres ne réclame jamais en vain le médecin.

Nous avons à faire valoir un tout autre droit pour être exemptés de la patente ; une raison tellement positive qu'il y a lieu de s'étonner qu'on ne l'ait pas plus tôt aperçue. C'est que, dans toutes les autres professions patentées, c'est la patente qui donne le droit d'exercice, et à ce titre il est juste qu'elle soit payée ; mais pour nous le droit d'exercice est tout entier dans le diplôme ; il est chèrement acheté au prix de longues et dispendieuses études, d'épreuves sévères et multipliées. La patente ne nous confère aucun droit nouveau, donc elle nous est inutile, et l'impôt qu'elle prélève est injuste. Voilà la grande et la véritable raison pour laquelle nous réclamons contre la patente ; car nous ne saurions trop répéter que ce n'est pas pour nous sauver de la prétendue humiliation de nous voir confondus avec des professions moins libérales ou moins honorables que la nôtre : toutes les professions sont également libérales et honorables à nos yeux.

A nos réclamations on ne pourrait opposer qu'une réponse valable : les besoins du trésor. Or, il est vrai en thèse générale que, dans notre état constitutionnel, tous les citoyens, le roi seul excepté, doivent concourir aux charges de l'État. Aussi, si ce droit d'exercice ou de patente s'appliquait à tous les citoyens, avocats, notaires, peintres, et même aux employés du gouvernement, nous nous soumettrions à la loi commune, et ce serait en réalité « un impôt juste et productif. » Mais jusque là la médecine a le même droit d'exemption que les autres professions intellectuelles. Nous proposons donc l'article suivant :

Article de législation. Les médecins et les chirurgiens ne seront plus soumis à l'impôt de la patente.

X.

Pour qu'une loi soit exécutée, il faut qu'elle porte sa sanction avec elle ; pour que la sanction soit juste, il faut qu'elle soit graduée, et pour être efficace qu'elle frappe directement sur les mauvaises passions qui ont conseillé les contraventions. C'est l'amour de l'argent qui est la source de la plupart des délits médicaux ; c'est par la bourse aussi qu'il faut punir les coupables. De là l'article qui suit :

Article de législation. Des peines particulières seront prononcées contre chacune des infractions prévues par les articles précédents. Ces peines seront surtout pécuniaires ; elles seront graduées suivant les cas.

XI.

C'est un grand malheur que les lois, sur quelque matière que ce soit, soient trop nombreuses, diffuses, embrouillées, souvent contradictoires. De la difficulté de les bien connaître et de les appliquer naît la tiédeur à les faire respecter. Cet inconvénient est surtout sensible pour la législation qui régit la médecine. En conséquence, nous proposons :

Article de législation. Il sera rédigé une loi unique qui embrassera les conditions de réception, l'exercice et l'enseignement de toutes les parties de l'art de guérir. Par le fait de la promulgation de cette loi, toutes les lois, ordonnances et les décrets antérieurs seront abrogés.

CHAPITRE V. — Exercice de la Pharmacie.

Les améliorations réclamées pour l'exercice de la pharmacie pourraient toutes être ramenées aux objets suivants :

1° Constater la moralité, la capacité et l'aptitude des élèves en pharmacie.

2° S'assurer qu'il ne se commet aucune fraude quant à la durée de leur stage ;

3° Faire cesser la déplorable facilité des réceptions par les jurys médicaux ;

4° Surveiller d'une manière efficace les pharmaciens, quant à la bonté et à la préparation des médicaments ;

5° Faire rentrer dans les officines de pharmacie le dé-

bit et la vente de plusieurs substances médicamenteuses qui se font à présent par d'autres mains ;

6° Ne permettre la vente d'aucun remède même patenté, ailleurs que dans les officines ;

7° Etablir une séparation exacte entre la pharmacie et le commerce de droguerie, d'épicerie, de parfumerie, etc. ;

8° Enfin donner au codex l'importance et l'utilité convenables.

Une des premières conditions à exiger pour arriver au but que nous nous proposons est de ne plus reconnaître qu'un seul ordre de pharmaciens reçus dans les facultés, de même que nous avons rejeté le second ordre des médecins. Afin de favoriser les réceptions, la commission propose de créer trois nouvelles facultés de pharmacie attachées aux trois nouvelles facultés de médecine, créations dont le besoin est si généralement senti, que la faculté de pharmacie de Paris, dont elle froissera les intérêts, l'a elle-même demandé.

Nous avons parlé, à l'occasion des conseils médicaux, de la part qui y sera réservée aux pharmaciens. Nous avons également réglé ce qui les regarde à propos des remèdes secrets et des compromis passés entre eux et certains médecins ; on ne sera donc pas surpris de ne pas voir répéter ces dispositions dans les articles de législation dont nous allons donner lecture.

1° Capacité des candidats.

Article unique. Nul ne sera admis comme élève dans une officine de pharmacie, que sur l'autorisation des conseils généraux. Cette autorisation ne sera donnée qu'à la condition par le candidat de présenter les certificats qui établissent : 1° qu'il est de bonnes vie et mœurs ; 2° qu'il a été dans ses classes jusqu'à la troisième ; 3° et enfin après un examen subi devant le conseil médical, où il fera preuve de connaissances convenables pour ce temps d'études, principalement en physique, en mathématiques et en histoire naturelle.

2° Surveillance du stage des élèves.

Article unique. Un registre sera ouvert au chef-lieu de département, pour y inscrire les noms de tous les élèves admis dans les officines du département. Les élèves ne pourront changer d'officine qu'en en adressant l'avis au conseil médical. Pareil avis devra être donné par le pharmacien dont l'élève quitte l'officine, et par celui chez qui il est reçu nouvellement ; et toutes ces mutations seront inscrites sur le registre.

Les certificats de stage donnés par les pharmaciens seront visés par le conseil médical.

3° Réception.

Art. I^{er}. A dater de la promulgation de la présente loi, nul ne pourra être reçu pharmacien que par une des facultés de pharmacie établies près des facultés de médecine.

Art. II. Tout élève, pour se faire recevoir, devra présenter des certificats de six ans d'études, dont une année au moins dans une faculté.

Art. III. Les épreuves se composeront d'autant d'exams qu'il y aura de cours dans les facultés où elles seront subies ; puis des préparations et manipulations pharmaceutiques.

4° Surveillance des officines.

Art. I^{er}. La surveillance des officines est spécialement dévolue aux conseils médicaux. Ils nommeront à cet effet, dans leur sein, une commission de trois membres au moins, parmi lesquels il y aura toujours un pharmacien.

Art. II. Il y aura par chaque année au moins deux visites de surveillance qui se feront à des époques non réglées d'avance, mais au contraire inopinées autant que possible.

Art. III. La vérification du stage des élèves restera dans les attributions des commissions chargées de ces visites.

Art. IV. L'examen portera spécialement sur les remèdes patentés qui se trouveront dans les pharmacies.

Art. V. Le procès-verbal de chaque visite sera dressé et signé dans l'officine même qui aura été visitée.

Art. VI. Les commissions se feront toujours assister, dans ces visites, par un commissaire de police; et dans les lieux où il n'en existe pas, par un des adjoints au maire.

Art. VII. Tout pharmacien sera tenu d'avoir dans son officine non seulement les remèdes inscrits dans le Codex, mais encore ceux qui se trouvent dans les autres formulaires.

Art. VIII. Le nom de tout pharmacien exerçant devra être placé sur son enseigne, sur son étiquette et sur sa patente.

Art. IX. Il ne pourra y avoir d'association à l'effet d'exploiter une officine, qu'entre des pharmaciens légalement reçus.

Art. X. Nulle autre personne ne pourra entrer dans l'association, qu'à titre seulement de commanditaire.

Art. XI. L'exercice de la droguerie en gros est incompatible avec l'exercice de la pharmacie.

Art. XII. Les officines de droguerie seront soumises à deux visites annuelles, semblables à celles qui ont eu lieu pour les officines de pharmacie.

Art. XIII. Nul ne pourra préparer ni vendre aucun médicament, s'il n'est pharmacien légalement reçu, et inscrit sur les listes de son département.

Art. XIV. Il est défendu aux herboristes, confiseurs et parfumeurs, d'empiéter sur le domaine de la pharmacie, en vendant, à quelque titre et sous quelque dénomination que ce soit, des préparations pharmaceutiques.

Art. XV. La préparation en grand de toutes sortes de médicamens ne pourra être faite que par des pharmaciens.

Art. XVI. Les officines de pharmacie des hôpitaux ne pourront être administrées par d'autres que par des pharmaciens.

Art. XVII. Dans les établissemens de charité où des officines de pharmacie ont été tolérées, quoique gérées par des personnes étrangères à la profession, les médicamens ne pourront être délivrés que sur l'ordonnance d'un médecin, et uniquement pour le service de l'établissement.

Art. XVIII. Un pharmacien ne pourra ouvrir et gérer qu'une seule officine, à peine de fermeture de celles qu'il exploite indument et d'amendé.

Art. XIX. Toutes les contraventions aux dispositions précédentes seront punies par des amendes pécuniaires.

5° Herboristes.

Article unique. Nul ne pourra exercer la profession d'herboriste s'il n'a subi un examen dans une école de pharmacie, ou près d'un conseil médical dans les départemens qui ne possèdent pas ces écoles.

Il est défendu à toutes autres personnes de vendre en détail des plantes pharmaceutiques, à l'exception toutefois des pharmaciens.

Les frais de réception pour les herboristes seront de 100 fr. pour Paris et les villes de première classe, de 50 fr. pour les villes de seconde classe, et de 30 fr. pour toutes les autres.

Il leur est fait défense de vendre toute espèce de médicamens et toutes autres plantes que les plantes indigènes.

Ils ne pourront cumuler avec l'herboristerie d'autre commerce que celui de la gréneterie.

Leurs boutiques seront également soumises à deux visites annuelles, comme les officines des droguistes et des pharmaciens.

Ils ne pourront exercer sans avoir un certificat de l'examen qu'ils auront subi pour leur réception.

6° Eaux minérales.

C'est par abus, dit M. le rapporteur, qu'on a détourné des pharmacies le débit des eaux minérales naturelles, qui portent un caractère de médicament incontestable; et plus encore des eaux minérales artificielles, dont la composition relève directement de la pharmacie et demande des connaissances et des garanties spéciales. Cet abus ne peut être plus long-temps toléré; et c'est dans ce but que nous proposons l'article suivant, où l'on verra toutefois que nous respectons les droits antérieurement acquis.

Art. unique. A dater de la promulgation de la présente loi, les dépôts et ventes des eaux minérales naturelles ne pourront avoir lieu que dans les officines de pharmacie, à l'exception des établissemens où existent les sources.

La préparation et la vente des eaux minérales artificielles est réservée uniquement aux pharmaciens.

Les dépôts d'eaux minérales, soit naturelles, soit artificielles, établis antérieurement ailleurs que dans les officines de pharmacie, continueront à exister jusqu'à extinction de leurs propriétaires actuels. Mais ils seront soumis aux deux visites annuelles de la commission du conseil médical du département.

7° Disposition spéciale.

La loi a défendu aux médecins de vendre des remèdes, mais sans régler aucune pénalité, et sans établir nulle part la circonscription hors de laquelle cette vente doit leur être permise. De cet oubli de la loi est venu l'impossibilité, pour ainsi dire, de la faire exécuter, et le désistement forcé de plusieurs poursuites commencées par les procureurs du roi. Ainsi il est évident que quand le domicile des malades est situé trop loin d'une officine de pharmacie, il est de la plus haute importance que le médecin puisse distribuer et vendre les remèdes nécessaires. Il est bien entendu d'ailleurs que ces dispositions ne sauraient concerner un petit nombre de médicamens dont la vente doit être si naturellement permise au médecin, qu'il serait imprudent à lui de s'en trouver dépourvu; tels sont: l'émétique, le laudanum, le sulfate de quinine, l'éther, l'ammoniaque et les cantharides. Ceci posé, voici l'article que nous proposons d'adopter:

Art. unique. Les malades qui se trouveront à plus d'un demi-myriamètre de distance d'une officine pourront recevoir les remèdes de leur médecin.

Hors ce cas, tout médecin qui sera convaincu de vendre des médicamens sera puni d'une amende de 100 fr., qui sera triple en cas de récidive.

Les dépôts de médicamens tenus par les médecins dans les limites de la présente loi devront avoir été pris dans une officine de pharmacie, et en porter le nom sur l'étiquette des médicamens. Ces dépôts seront soumis aussi aux deux visites annuelles de la commission du conseil médical.

8° Codex.

L'utilité d'un codex officiel ne saurait être méconnue. Mais pour qu'il porte tous ses fruits, il est essentiel: 1° qu'il ne soit pas trop volumineux; 2° qu'il soit toujours au niveau de la science. Voici donc à cet égard les conclusions prises par la commission:

1° Il doit y avoir pour tout le royaume un codex officiel des médicamens;

2° Le codex actuel est essentiellement défectueux;

3° Il est urgent de le refondre en entier, ou de le remplacer par un autre;

4° Pour le maintenir au niveau de la science, il faut qu'il y soit ajouté à intervalles plus ou moins rapprochés des fascicules contenant les additions et rectifications reconnues nécessaires; et pour ne pas accroître indéfiniment son volume, à des époques plus éloignées il faudra le refondre et n'y conserver que ce qu'il contient de réellement utile et d'indispensable.

II. — REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

STATISTIQUE.

STATISTIQUE DE LA POPULATION DE PARIS.

La statistique n'est devenue réellement importante que depuis quelques années. Jusqu'alors, on n'y avait vu qu'une étude superficielle de pure curiosité, et ne pouvant produire aucun résultat utile. Cependant, ces recherches offrent un intérêt immense pour l'économie politique; car le mouvement des populations, la connaissance des produits, des consommations successives peuvent seules convenablement diriger l'action du gouvernement et des administrations, en leur donnant des renseignements exacts sur la nature des besoins du pays, et en leur faisant découvrir, soit les causes de la misère, soit les sources de la prospérité publique. Aussi la statistique est-elle aujourd'hui l'objet de toute l'attention des publicistes qui s'accordent à la regarder comme l'un des élémens nécessaires de toute discussion. Les gouvernemens les plus éclairés font entreprendre, aux frais de l'état, les travaux que nécessite cette science; et, dans quelques pays, ils sont devenus l'objet de lois générales.

La ville de Londres paraît être la première qui se soit occupée de recherches statistiques en publiant ses bills mortuaires qui parurent en 1550. Un siècle plus tard, des travaux analogues furent entrepris par les ordres du ministre Colbert, qui fit rendre, en 1670, un règlement portant qu'il serait rédigé, à la fin de chaque mois, dans la ville de Paris, un extrait des registres civils portant le nombre des naissances, celui des décès, des mariages, des personnes admises dans les hôpitaux. Ces états mensuels devaient ensuite être réunis et publiés par la voie de l'impression, et contenir des remarques succinctes sur le caractère de chaque saison et sur les maladies principales que l'on avait observées dans l'année. Ces feuilles contenaient en outre le prix et le poids des diverses sortes de pain et de quelques objets de consommation. Voici quel était le considérant de ce règlement: « Estant important au public, pour la santé et pour la subsistance des habitans, « d'en connoître l'état en tout temps, et d'observer soigneusement les causes qui augmentent ou diminuent « le peuple en chacun des quartiers de Paris, il sera fait, « tous les seconds jours du mois, une feuille qui contiendra le nombre des baptêmes, des mariages et des mortuaires du mois précédent, et de chacune des paroisses « en particulier. »

Mais, comme nous l'avons déjà dit, l'importance de ces travaux n'était pas appréciée, et la mort de Colbert, qui seul en avait compris toute la portée, fit négliger l'exécution de ce règlement, qui ne fut remis en vigueur, mais bien imparfaitement, qu'en 1708.

En 1771 on présenta à l'Académie des Sciences l'extrait des tables relatives à la ville de Paris, et qui comprenait toute la période écoulée depuis l'année 1709, et en 1810 on parvint, à l'aide des états qui avaient été heureusement conservés par les Bénédictins de la congrégation de Saint-Maur, dans la maison des Blancs-Manteaux, à réunir les matériaux nécessaires pour avoir la statistique exacte de la population de la ville de Paris depuis l'année 1710, c'est-à-dire depuis un siècle. Cet intéressant travail donne pour résultat 1,931,897 naissances, et 1,935,579 décès, et fit connaître que la population de Paris fut augmentée d'un sixième pendant cette période. En effet, elle s'élevait au commencement du 18^e siècle à environ 530,000 habitans, et à la fin de ce siècle on l'évaluait à 640,000. Elle était en 1817, d'après le dénombrement fait à cette époque, de 713,966 habitans, y compris les étrangers, et divisée par âges elle présentait les résultats suivans, consignés dans le travail publié par M. Benoiston de Châteauneuf sur la statistique de Paris:

De 0 à 5 ans	45,565
5 10	45,350
10 15	47,368
15 20	68,345
20 25	63,317
25 30	62,976

De 30 à 40 ans	106,153
40 50	85,994
50 60	69,430
60 70	46,130
70 80	15,747
80 90	2,662
90 100	133
100 et au-dess.	2

Total. . . . 657,172

auxquels il faut ajouter environ 56,794 individus appartenant à la population mobile, et qui ne permet aucune induction.

Ainsi, la période de 30 à 40 ans est celle qui présente le plus de chances de vie, puisque c'est celle dans laquelle se trouve compris le plus grand nombre d'habitans. Ces chances diminuent ensuite au fur et à mesure que l'on approche d'un âge plus avancé.

En 1830, la population de la ville de Paris était de 770,282 habitans, et s'était accrue, par conséquent, depuis 1817, c'est-à-dire dans un intervalle de 13 ans, de 55,000 habitans. Cette population occupe environ 30,000 maisons. Paris en comptait 12,000, en 1568, 14,000; en 1637, 20,400; et en 1766, 23,500.

Les travaux d'assainissement opérés dans la capitale, les progrès que l'art médical a faits depuis le siècle dernier, les améliorations apportées au régime des hôpitaux, la propagation de la vaccine, ont diminué la mortalité d'une manière sensible. Ainsi, autrefois, il mourait à l'Hôtel-Dieu, 2 malades sur 9; aujourd'hui la mortalité est seulement de 1 sur 7 environ. Cette même réduction se retrouve sur les décès à domicile.

Ces résultats prouvent encore que la vie ne s'use pas à Paris plus vite que partout ailleurs, comme on le prétend généralement; car si on compare la mortalité de cette ville avec celle des autres capitales, on verra qu'elle est moins élevée ou égale. Ainsi, à Vienne, la mort y est de 1 de sur 20; à Edimbourg, de 1 sur 21; à Dublin et Amsterdam, de 1 sur 22; à Rome, de 1 sur 23; à Berlin, de 1 sur 26; à Londres, de 1 sur 35; à Pétersbourg, de 1 sur 28; à Paris, elle est de 1 sur 42, en comptant seulement les décès à domicile, ou de 1 sur 34, en y ajoutant les décès survenus dans les hôpitaux.

Les renseignemens que nous sommes parvenus à recueillir sur le mouvement de la population de Paris, pendant les six premiers mois de cette année; nous ont donné les chiffres que nous avons portés dans le tableau suivant :

Arrondissemens.	Population.	NAISSANCES		Mariages.	Décès.
		Legitimes.	Naturelles.		
1 ^{er}	68096	692	174	372	654
2.	75500	772	231	412	704
3.	49854	543	160	309	514
4.	44754	526	194	241	453
5.	67756	844	308	324	841
6.	80811	1044	282	422	1036
7.	59415	742	188	303	719
8.	72800	1033	238	564	1054
9.	42556	456	150	239	450
10.	83097	789	182	428	881
11.	70227	511	164	276	604
12.	77456	791	221	261	910
Totaux.	770282	8743	2482	3951	8160
		11225			

Dans les hôpitaux, les naissances ont été de 2,458, sur lesquelles il y en a eu 2,233 illégitimes. Les décès s'y sont

élevés à 5,054. Ainsi, nous avons eu pour chiffres généraux 13,683 naissances et 13,664 décès. Nous ferons remarquer, en passant, que les naissances légitimes à domicile sont beaucoup plus nombreuses que les naissances naturelles, et que, d'un autre côté, ce sont ces dernières qui sont plus fréquentes dans les hôpitaux, où il naît très peu d'enfants légitimes. Au surplus, presque tous ces enfans naissent à l'hospice de la Maternité, rue de la Bourbe. Il est à remarquer également que plus du tiers des enfans qui viennent au monde sont illégitimes, puisque sur les 13,683 naissances, il y en a 4,715 nés hors mariage; ainsi donc, sur 3 enfans, il y en a un naturel, résultat peu satisfaisant pour la morale publique. Le tableau que nous donnons permettra au surplus de rechercher quels sont les arrondissemens dans lesquels la proportion de ces naissances est la plus élevée, eu égard à la population. Ce qu'il y a de certain, c'est que près d'un cinquième des naissances appartient aux hôpitaux, et que les décès y figurent pour plus d'un tiers de la mortalité générale. Ces résultats sont tristes, et méritent toute l'attention des économistes et de ceux qui s'occupent d'améliorations sociales.

Les décès suivent toujours des proportions qui n'ont pas varié depuis un assez grand nombre d'années, et il suffit d'examiner attentivement les chiffres qui précèdent, pour se convaincre que la mortalité est d'autant plus élevée que les quartiers sont plus insalubres, habités par un plus grand nombre d'ouvriers et de gens peu aisés.

Nous aurons occasion de revenir sur ces intéressantes questions, et nous rechercherons surtout quelle peut être l'influence des diverses professions sur la santé de ceux qui les exercent.

THERAPEUTIQUE.

PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DE LA SALICINE, par M. le docteur RICHELOT.

M. le docteur Richelot publie un mémoire intéressant dont les conclusions sont les suivantes : 1° la salicine paraît posséder réellement les qualités fébrifuges; 2° les propriétés fébrifuges de la salicine paraissent, jusqu'à

présent, très-peu énergiques, et on doit toujours donner la préférence au sulfate de quinine.

J'avoue que j'ai toujours révoqué en doute les propriétés fébrifuges de la salicine, et les expériences qui ont été faites ne l'ont pas été dans des circonstances qui permissent de tirer des conclusions rigoureuses. M. Richelot observe avec raison que la plupart des histoires rapportées avec quelque détail par les écrivains qui ont le plus précédé la salicine ont été recueillies dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire dans une ville où les fièvres intermittentes ne sont pas endémiques, et où elles cèdent en général par la seule influence du repos et du régime. Quant aux observations citées par les médecins qui exercent l'art de guérir dans des provinces où règnent les fièvres intermittentes, elles ne sont pas rapportées avec tous les détails que l'on a droit de demander lorsqu'on veut être éclairci sur un point de thérapeutique nouveau. Un premier fait sur lequel sont d'accord tous les médecins, c'est que les préparations de quinquina sont préférables à celles de l'écorce de saule; reste maintenant à démontrer que ces dernières sont réellement fébrifuges. — Les observations précises et détaillées que M. Richelot a recueillies lui-même à l'hôpital de la Pitié de Paris, témoignent que si la salicine n'a pas toujours les propriétés fébrifuges que l'on ne peut contester au quinquina, au moins ne peut-on lui en refuser quelques-unes. Cinq des malades traités à l'hôpital de la Pitié revenaient de notre colonie d'Alger, où ils avaient eu pendant longtemps des fièvres intermittentes régulières; repris de la fièvre à Paris, ils devaient la conserver long-temps, si l'on en juge par les autres colons d'Alger que nous recevons tous les jours dans nos hôpitaux. — Ces malades néanmoins ont été guéris en peu de temps par des doses de 8, 10, et jusqu'à 15 grains de salicine répétés chaque jour.

Certes, si des faits de ce genre se renouvelaient, si les praticiens qui exercent dans les localités marécageuses répétaient ces expériences avec un égal succès, nous devrions de grandes actions de grâces à notre compatriote M. Leroux, qui aurait doté la thérapeutique d'un médicament indigène aussi précieux.

(Archiv. gén. de méd., sept. 1833.)

JOURNAUX ANGLAIS.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE.

VARIOLE ET ACCINE MARCHANT CONCURRENTMENT.

Quelques médecins de nos jours doutent de la découverte de Jenner, en ce sens, qu'ils regardent la vaccine comme une variole modifiée par des inoculations successives d'hommes à hommes, et peut-être de l'homme à la vache : ils se fondent surtout sur les expériences très curieuses de MM. Pissani et Libbald de Moscou. Dans l'intention de savoir si, au moyen d'une longue suite d'inoculations successives, ils ne pourraient pas mitiger l'action du virus de la clavelée sur les moutons au point d'obtenir ainsi artificiellement un virus, qui pour eux remplacerait la vaccine; ces messieurs ont fait un grand nombre d'expériences dont voici les résultats. Dans un troupeau affecté de clavelée, ils ont choisi l'un des animaux les moins malades, et ont pris sur lui du virus avec lequel ils ont inoculé quinze individus sains. La maladie, chez ces animaux, offrit divers degrés de gravité; cependant, dans le grand nombre elle avait perdu un peu de sa violence. Ils répétèrent cette expérience six à sept fois sur le même nombre d'individus, en choisissant toujours, pour fournir le virus, l'animal le moins affecté dans chaque série d'expériences. L'éruption et la fièvre devinrent de plus en plus bénignes, et finirent même par disparaître, à l'exception seulement d'une éruption très légère et très bénigne sur le point inoculé. Ayant ainsi obtenu un virus modifié, et comparable pour ses effets à la vaccine; ils s'en sont servis pour inoculer avec le plus grand succès plus de cent mille moutons. La maladie, ainsi communiquée, par-

courut ses périodes beaucoup plus lentement que la clavelée naturelle.

Ce fait curieux permettait de penser que la vaccine qui avait été découverte long-temps après l'inoculation, n'était peut-être que la petite verole modifiée par des inoculations successives. Mais, s'il en était ainsi, on ne verrait pas marcher concurrentement la variole et la vaccine, chacune avec son allure; et des faits nombreux prouvent que, chez la même personne, les deux maladies se sont développées en même temps. M. Morris vient encore d'en publier un nouveau cas dans la Gazette Médicale de Londres il a vacciné une jeune fille qui éprouvait déjà les symptômes précurseurs de la variole. — Cette maladie se développe régulièrement, et le vaccin de son côté, suivit sa marche naturelle, et eut le mode de développement et la durée qui lui sont propres.

(London Med. Gazette, octobre 1833.)

DÉVELOPPEMENT MORBIDE DU CLITORIS ET DES NYMPHES.—AMPUTATION par M. MACFARLANE.

Deux femmes se présentèrent à l'infirmerie royale de Glasgow, avec un développement anomal du clitoris et des petites lèvres. Chez l'une, qui était âgée de 25 ans, le clitoris formait une tumeur pyriforme, qui faisait une saillie de plus d'un pouce, et dont le pédicule était aussi gros que le pouce, les nymphes étaient considérablement allongées et épaissies. La maladie avait commencée par des ulcérations syphilitiques de la vulve. Chez l'autre, des fleurs blanches long-temps continuées, et la malpropreté avaient amené des excoriations des parties extérieures de la génération, et une phlegmasie chronique. — Le clitoris avait près de huit pouces de longueur et pendait jusqu'au milieu des cuis-

ses, il était attaché au pubis par un pédicule aussi gros que le poignet et parsemé de veines variqueuses, tandis que le reste de la tumeur était dur, noueux, et aussi gros que les deux poings. Les nymphes n'avaient guère que deux pouces et demi de longueur, leur surface interne était parsemée de tubercules. Chez ces deux malades l'amputation fut pratiquée, et la guérison put être obtenue avec facilité.

(London, Med. Gaz., octobre 1833, p. 879.)

PROLAPSUS DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DU RECTUM GUÉRI PAR LA MÉTHODE DE HEY, par M. MAC FARLANE, de Glasgow.

Presque tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur les avantages de la méthode de Hey dans le traitement du prolapsus de la membrane muqueuse du rectum; les faits suivans viendront encore ajouter une nouvelle autorité à un procédé dont l'expérience a consacré déjà l'utilité.

Un homme de 58 ans, éprouva à la suite d'une diarrhée rebelle, un prolapsus du rectum contre lequel on lutta vainement par une multitude de médications topiques. Tout autour de la marge de l'anus, on voyait un large pli de couleur brune, et formé par la membrane muqueuse; il semblait dépendre de la dilatation variqueuse des veines hémorroïdales. Au centre se voyait une tumeur plus considérable, évidemment formée par le prolapsus de l'intestin lui-même.

M. Mac Farlane, résolu d'employer le procédé de Hey, il enleva avec des ciseaux courbes, les tégumens lâches qui environnaient l'anus, il eut soin que l'incision pénétrât jusqu'au tissu cellulaire; mais il respecta la membrane muqueuse proéminente. L'opération faite, et la hernie réduite; on appliqua sur l'anus une compresse épaisse que l'on soutint avec un bandage en T. Le malade fut mis sur le dos, et on eut soin de tenir le ventre libre. Malgré l'opération, la hernie se reproduisit pendant quelques jours lorsque le patient allait à la garde-robe. Ce nonobstant, la guérison était complète un mois après l'opération.

Un homme de 50 ans avait un prolapsus du rectum depuis neuf mois. L'inutilité des moyens qu'il avait mis

en usage, le déterminèrent à demander des soins à M. Macfarlane. Il était pâle et chétif, les parties herniées qui sortaient dès que le malade était debout, ou dès qu'il faisait quelques efforts de garde-robe, étaient gonflées, très douloureuses, et saignaient au moindre contact. Le chirurgien enleva tous les plis de la peau qui environnent l'anus, et quelques parties de la membrane muqueuse qui étaient trop profondément altérées. Il y eut une hémorrhagie assez abondante, qui sembla s'arrêter sous l'influence de l'application du froid; mais trois heures après l'opération, il y eut des syncopes et des refroidissemens. On relâcha le bandage, et le malade rendit par les selles environ une livre de sang coagulé. Cependant on ne lie qu'un vaisseau et l'hémorrhagie fut réprimée. Dans l'espace de huit jours, le prolapsus fut complètement guéri, et le malade revint rapidement à la sante,

Le troisième malade offrait les symptômes suivans. L'intestin descendait de plus de deux pouces non seulement quand le malade faisait des efforts pour aller à la garde robe; mais encore lorsqu'il se tenait debout pendant quelques minutes. La membrane muqueuse formait un bourrelet considérable, et fournissait au moindre contact, une grande quantité de sang; au commencement il suffisait au malade de se coucher et de presser doucement sur l'intestin pour le faire rentrer; mais plus tard il fallait quelquefois plusieurs heures pour obtenir la réduction de la hernie.

M. Macfarlane réduisit l'intestin déplacé, et s'aperçut que la peau du pourtour de l'anus était tellement flasque et si peu adhérente au tissu cellulaire sous-cutané, qu'on pouvait la pincer avec les doigts de manière à former des plis considérables. Il pensa donc que, dans cette conjoncture, il fallait non seulement enlever avec les ciseaux courbes la membrane muqueuse herniée, mais encore couper circulairement toute la peau qui était flasque: ce qu'il fit, non sans occasioner de vives douleurs au malade. Une vive inflammation s'ensuivit qui amena une rétention d'urine; mais au bout de dix jours tous les accidens graves avaient disparu, et le malade recouvra bientôt sa santé.

(London med. Gaz., octobre 1833, p. 846.)

A. TROUSSEAU.

JOURNAUX ALLEMANDS.

PHYSIOLOGIE.

DES FISTULES CONGÉNIALES DU COU, ET DE L'HISTOIRE SUCCINCTE DES FISTULES BRONCHIALES DANS LES MAMMIFÈRES ET LES OISEAUX; thèse inaugurale de F.-M. ASCHERSON, soutenue à l'université de Berlin, 1832.

L'auteur de cette thèse a observé sur onze sujets, une fistule congéniale dont l'ouverture extérieure était située sur les côtés du cou, le plus souvent dans l'espace qui se trouve entre l'extrémité sternale de la clavicule et le muscle sterno-cléido-mastoïdien, quelquefois au bord interne du muscle, plus généralement à droite qu'à gauche, et, quand elle existe des deux côtés, plus prononcée à droite; cette ouverture est toujours fort étroite, quelquefois à peine visible, d'autres fois entourée d'un cercle rosé; tantôt elle suit le pharynx dans les mouvemens de déglutition; et alors la peau se fronce à son niveau; tantôt elle n'obéit pas au mouvement du pharynx; quelquefois on a pénétré assez loin avec un stylet; d'autres fois on a été immédiatement arrêté par quelques sinuosités du trajet fistuleux. Jamais l'air n'a pu sortir par l'ouverture extérieure, même le nez et la bouche étant bien fermés; le fluide qui s'écoule de la fistule ressemble le plus souvent au pus. Sur onze cas, huit se sont rencontrés chez la femme.

Ces fistules ont quelque analogie avec les fistules trachéales récemment découvertes par Dzondi, qui sont congéniales, situées sur la ligne médiane, et rapportées conséquemment aux monstruosité par asymphyse ou

par réunion incomplète des deux parties du corps. Les principales différences qui existent entre les fistules de M. Ascheron, et celles de M. Dzondi, c'est que les premières existent sur les parties latérales du cou et aboutissent au pharynx, tandis que les dernières se voient sur la ligne médiane et pénètrent dans la trachée.

M. Ascheron regarde la fistule congéniale du cou comme le résultat d'une aberration du *nisus formativus* du genre de celles qui laissent définitivement le fœtus à une des phases successives et temporaires de son développement; car, si on suit le développement du fœtus humain, on trouve, à une certaine époque, une disposition semblable à celle des fistules bronchiales que Rathke a observée chez plusieurs animaux.

La plus grande fréquence de ces fistules à droite qu'à gauche, est d'accord avec l'observation déjà faite des anomalies plus fréquentes du côté droit, ce dont la disposition de l'artère innominée est déjà un indice.

L'ouverture des fistules du cou dans le pharynx a été quelquefois obscure et confuse, d'autres fois évidente; peut-être que la persistance de cette ouverture interne n'est pas aussi rare qu'on le croit communément, et que les *diverticulum* de l'œsophage, comme celui qu'a décrit Rudolphi, et comme celui qui a été rapporté dans un des derniers cahiers du Magasin de Rust (V. notre n° 4, p. 124), sont, dans l'origine, une seule et même chose avec les fistules en question.

À en juger par les observations du docteur Ascheron, cette infirmité se rencontrerait plus souvent chez la femme que chez l'homme. Cette particularité, si elle était mieux établie par les faits, rentrerait dans le principe que le sexe féminin est plus sujet que le masculin aux arrêts de développement en général.

M. Rudolphi, le fils, avu, à Stralsund, un enfant chez lequel l'occlusion d'une fistule semblable a été suivie d'aphonie, de convulsions épileptiformes, et d'autres symptômes graves qu'on a fait disparaître en rétablissant l'ulcération et l'excrétion dont elle était le siège. Dans le cas rapporté par Dzondi, l'oblitération de la fistule fut suivie de la mort. (*Hecker's annal.*, octobre 1833.)

PATHOLOGIE ET CLINIQUE.

RUPTURE DE LA MATRICE PRODUITE PAR L'INÉGALITÉ D'ÉPAISSEUR DE SES PAROIS.

Le docteur Mombert, appelé pour une femme qui, depuis plusieurs jours, était dans les douleurs de l'enfantement, arriva trop tard et la trouva morte. Il voulut au moins tenter l'opération césarienne pour sauver, s'il était possible, la vie de l'enfant. Le ventre de la femme était énormément tendu; à la première incision faite sur la ligne blanche et qui divise la paroi abdominale, il jaillit une énorme quantité de sang, et la chambre fut instantanément convertie en lac de sang. En agrandissant l'incision, on vit sortir le paquet intestinal qu'on fit facilement rentrer; les choses ainsi replacées, les organes du bassin étaient masqués par le sang: une recherche plus attentive fit découvrir la matrice dans le fond du petit bassin, et un enfant fort du sexe masculin, attaché à l'arrière-faix, entouré d'une masse de sang en partie fluide, en partie coagulé, qui avait passé à travers une rupture de la matrice. L'enfant ne put être retiré du bassin qu'avec une certaine peine: il était mort, et tous les efforts pour le rappeler à la vie furent inutiles.

La rupture de la matrice existait à la paroi postérieure de cet organe qui avait l'épaisseur d'une feuille de papier, tandis que les parties antérieure et supérieure de l'utérus étaient épaissies de trois à quatre pouces.

Cette femme avait une trentaine d'années, et avait mis au monde plusieurs enfans de la manière la plus heureuse; cette fois, les douleurs avaient été fortes dès le commencement, puis étaient devenues de plus en plus faible. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les symptômes ordinaires d'une rupture semblable avaient marqué, comme le changement soudain de l'état de la malade, le sentiment d'une rupture intérieure, la défaillance, les douleurs fixées sur un point de l'abdomen.

Selon M. Monbert, des cas analogues ont été rapportés par Voigtel dans son *anatomie pathologique*, par Lind, dans une *dissertation* sur la rupture de l'utérus, de 1772; enfin par Richter, dans le troisième volume de sa *Bibliothèque chirurgicale*.

PRODUCTION DE VERS DANS LA PLAIE D'UNE HERNIE ÉTRANGLÉE OPÉRÉE.

Un jeune homme de 18 ans avait été opéré d'une hernie scrotale droite, au sixième jour d'un étranglement inflammatoire. Quoique l'épiploon eût été trouvé gangrené, et l'intestin brun et noirâtre, mais sans sphacèle, quoiqu'il y eût des symptômes graves de péritonite, peu à peu, après le débridement, les suites de l'étranglement se dissipèrent.

14 jours après l'opération M. Monbert fut mandé, et le malade lui montra avec effroi deux vers de plus de six pouces qu'il avait retirés de sa plaie en se pansant. Il pensa que l'administration d'un éméto-cathartique, en expulsant par le vomissement et par les selles, faciliterait ensuite la sortie du reste par l'anus. L'événement justifia son idée: après l'emploi de cette médication, la plaie devint belle et marcha vers une prompte et définitive cicatrisation.

EFFET REMARQUABLE D'UN LAVEMENT DE DÉCOCTION DE TABAC.

Un homme âgé de 70 ans réussissait habituellement à faire rentrer une hernie scrotale dont il était affecté, par l'emploi du calomel, de l'huile de ricin, des applications froides et du taxis, qu'il pratiquait lui-même. Le 26 juin 1829, la hernie s'étrangla de nouveau; tous les ef-

forts du malade, et ceux de M. Monbert, qui fut bientôt appelé, échouèrent; l'opération fut résolue.

Avant l'opération, on administra au malade un lavement d'une décoction d'un demi-gros de tabac dans 10 onces d'eau. Ce tabac était du tabac à fumer de bonne qualité que fumait un paysan à présent: on n'avait pu se procurer de bon et pur tabac de Virginie. Le patient était fort calme, demandant tout ce dont il avait besoin, et ne concevant aucune inquiétude sur son état: il prit le lavement, dont il ne connaissait pas la composition, et, à la minute même, il perdit connaissance, se mit à crier que les fumeurs eussent à sortir, quoique personne ne fumât dans la chambre, que la fumée du tabac l'étouffait, etc. Aussitôt après il redevint calme, et puis ne tarda pas à recommencer à délirer, mais tranquillement, à parler des jours de son enfance, de son fils, qui était à Berlin, et la connaissance lui revint bientôt. Il supporta alors très-bien l'opération, qui en trois semaines guérit radicalement la hernie. (*Hufel.*, sept. 1833.)

UTILITÉ DES BAINS DE SUBLIME CONTRE LES AFFECTIONS DARTREUSES, par le docteur SCHLESINGER, de Stettin.

Le docteur Schlesinger, d'après la recommandation du célèbre Wedekind, a employé souvent les bains généraux de solution de sublimé contre les dartres de toute forme, et il en a retiré des résultats assez frappans pour déclarer que le deuto-chlorure de mercure ainsi administré, est le plus puissant remède qu'il connaisse contre les affections de la peau. Ce praticien fait cas des lotions de sublimé, mais à un degré très-inférieur.

Une dame, âgée de 28 ans, portait depuis 8 ans au bras gauche une dartre humide qui ne paraissait avoir eu jusqu'ici aucun caractère contagieux. Un grand nombre de médecins furent consultés et des médications, mises en usage: le mal ne fit que croître et se répandit sur toutes les parties du corps. Les bains de vapeur, les bains de soufre, les mercuriaux, modifièrent très-lentement et très-peu la maladie, sans procurer aucune guérison solide ni décisive.

Une commère conseilla des lotions qui, vraisemblablement, étaient une préparation de plomb. Les dartres disparurent, mais une épilepsie les remplaça. On fit tout pour rappeler les dartres: vainement. C'est alors que le docteur Schlesinger fut appelé.

La malade avait régulièrement trois attaques d'épilepsie par jour: dans l'intervalle, de la céphalalgie, et, à un peu d'embarras gastrique près, elle était bien. A la suite d'un vomitif et de quelques sudorifiques qui furent administrés, l'éruption dartreuse reparut sur un grand nombre de points du corps. Cette nouvelle éruption résista quatre mois à plusieurs remèdes empiriques donnés en désespoir de cause.

Les bains de sublimé furent donnés de deux jours l'un à la dose de un gros à six gros mêlés à égales parties d'ammoniaque, excepté pendant le temps des règles. Les dartres disparurent peu à peu sans inconvénient, et au vingt-unième bain le corps était dans un état de netteté parfaite. Au bout de plus d'un an et demi la santé de cette personne ne s'est pas démentie.

Le docteur Schlesinger rapporte encore l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui, depuis l'âge de 15 ans, époque à laquelle s'était établie la menstruation, avait vu sa santé profondément affaiblie par une affection dartreuse contre laquelle beaucoup de traitemens avaient échoué. Quelques bains de sublimé, administrés comme il vient d'être dit dans l'observation précédente, guérirent les dartres et rétablirent la santé.

Ces deux cas sont pris entre un grand nombre d'autres observés par M. Schlesinger à Stettin, où, à ce qu'il paraît, les maladies de la peau sont d'une grande fréquence et d'une grande opiniâtreté (1).

(*Hufeland's Journ.*, sept. 1833.)

H. GOURAUD.

(1) M. Trousseau, depuis deux ans, met en usage cette médication à l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes cas que ceux que rapporte le docteur Schlesinger, et il a eu beaucoup à s'en applaudir.

JOURNAUX ITALIENS.

OBSERVATIONN DE LA RÉUNION D'UNE PARTIE QUI
AVAIT ÉTÉ TOUT-A-FAIT DIVISÉE, par D. Antonio della Cella.

Le 1^{er} janvier 1818, un enfant en bas-âge, actuellement notaire à Chiavari, se coupa avec un ciseau droit bien affilé, la troisième phalange de l'index gauche, près de l'ongle. Le blessé ramassa le bout de son doigt tombé par terre, le remit en place, et se rendit en toute hâte chez un pharmacien à la distance de cinquante pas. Là, il désunit une seconde fois la partie coupée pour la faire voir à ce pharmacien, et la rétablit. J'arrivai quinze minutes après l'accident, et trouvant que la phalange abattue n'était pas bien remise à sa place, je voulus, pour l'ajuster plus exactement, la séparer une troisième fois; mais soit que la lymphé eût déjà, en se concrétant, recollé la partie; soit, ce qui est plus probable, que le sang se fût coagulé, l'adhésion était si forte, que je jugeai à propos de ne pas la vaincre par force. Je la raccommodai tant soit peu mieux, et la maintins telle qu'elle était au moyen de deux bandelettes agglutinatives posées obliquement, et renforcées par deux autres longitudinales; puis on appliqua un bandage plutôt dans l'intention de garantir la main du froid rigoureux qui se faisait sentir, que de faire un pansément en règle. On leva l'appareil le cinquième jour, et on crut, à l'aspect livide de la partie coupée, qu'elle avait subi les lois de la décomposition. Loin de là, on reconnaît, en écartant une petite portion d'épiderme livide, qu'au-dessous la peau était rosée, et avait parfaitement repris. On ne toucha pas aux emplâtres, et on renouvela le bandage au bout de trois jours. On enleva tout l'appareil, et la réunion était complète.

La sensibilité du bout du doigt fut moindre pendant long-temps, et a fini par être presque à l'état normal. On remarque une dépression à l'endroit de la réunion, comme si une ligature y eût été appliquée.

Le D. della Cella attaque à ce sujet l'auteur de la Nosographie chirurgicale, et ne lui pardonne pas d'élever des doutes sur la possibilité d'une telle réunion, parce qu'elle ne lui a pas réussi sur le museau d'un chien.

MÉMOIRE HISTORICO-PRACTIQUE SUR LA RHINOPLASTRIE, par le professeur BARTHÉLEMY SIGNOROSI.

Le professeur commence par admirer la sagesse et la bonté de la nature, qui, en organisant notre machine corporelle sujette à tant d'accidens, y a ménagé des moyens de réparation. Il en cite pour preuve la rhinoplastrie. On eut pu mieux choisir, n'importe; suivons l'auteur dans son mémoire *ex professo*.

La rhinoplastrie est presque aussi ancienne que la médecine. Son histoire se divise en trois époques.

Première époque. Celse, Galien et Paul d'Egine, n'avaient point le génie de l'art rhinoplastrique, quoiqu'ils nous en aient donné la première idée. Ces opérateurs timides n'osaient pas faire couler le sang, ni faire souffrir sans nécessité; par exemple, pour embellir la face, ils se contentaient, dans les difformités du nez, d'enlever ce que cet organe avait d'excédant; de corriger sa mauvaise direction, de donner une meilleure forme aux narines; s'agissait-il de traiter une plaie du nez avec perte de substance, ils tiraient sur la peau des joues pour couvrir la perte des os et des cartilages du nez. Leur procédé n'était véritablement que l'ombre du nôtre, et de ce côté, nous leur devons peu de reconnaissance.

Deuxième époque ou époque italienne. La rhinoplastrie, comme les sciences et les arts, a langué long-temps dans l'obscurité; elle a repris son éclat, plus belle que

jamais, à la renaissance des lettres, et l'Italie a été son second berceau. Taliacot écrivit ce qu'il avait vu en Calabre et en Sicile, et enseigna à faire ce qu'il n'avait point pratiqué. Rien de plus simple que sa méthode. Tracez un carré long vis-à-vis des biceps de l'un des bras; incisez et disséquez la peau de haut en bas, de manière à soulever le lambeau qui tiendra encore en travers par le côté inférieur. Après avoir bien rafraîchi le pourtour des narines, glissez l'emplacement du nez sous cette espèce de trape dont vous fixerez les trois bords libres, contigus à la peau par des points de suture entrecoupée. La tête et le bras doivent rester un certain temps en contact par un bandage bien soigné pendant huit mois ou au moins quarante jours. Alors l'adhérence est solide; il vous reste à séparer le lambeau par la section du quatrième bord de la peau du bras. On ne dit pas comment il faut s'y prendre pour percer des narines.

Les nez à la Taliacot faisaient parler d'eux dans toute l'Europe. On allait se faire faire un nez ou seulement en changer en Italie, où cette spécialité était le patrimoine de quelques familles, comme en France la lithotritie parmi nos chirurgiens. Un gentilhomme, nommé *Cadet de Saint-Thoars*, ne voulant plus déparer la cour de Henri III avec son nez d'argent, alla aussi lui, en Italie, chercher un véritable nez, et reparut ensuite dans le cortège de son roi, où il força l'admiration de tous ceux dont il avait été auparavant la risée. Un soldat prussien à qui le nez avait été abattu par un coup de sabre, a dû sa fortune à un nez de seconde création taillé à la façon de Taliacot. La foule des curieux se portait, avec la permission des magistrats de Berlin, autour de ce rhinoplastre connu de tout le monde pour avoir perdu son nez à la bataille sous les murs de Paris.

Troisième époque ou époque Européenne. On l'appelle de ce nom, quoique le modèle vivant de ce mode de rhinoplastrie nous soit venu des Indes dans la personne d'une Maratte, les rhinoplasteurs européens ayant surpassé leurs maîtres les Indous. Ce mode consiste à prendre dans le front de quoi recouvrir l'emplacement du nez, en retournant sens dessus dessous la peau dont on laisse une colonne entre les sourcils pour entretenir la nutrition. Après avoir obtenu l'adhérence, qui a lieu vers le vingt-cinquième jour, on coupe la portion de peau tordue, puis on perce des narines. L'auteur a fait deux nez, l'un suivant le mode italien, et l'autre suivant le mode européen. Le premier nez a été fait ou plutôt a été tenté pour une femme de soixante-six ans qui avait eu le nez rongé par un cancer. On préféra le mode italien pour éloigner l'enclave le plus possible de la sphère du cancer. Le troisième jour, les bords se flétrirent, se gangrénèrent; les points de suture échappèrent; l'âge avancé de la femme ne permettait pas sans doute à la vie d'étendre jusque là ses rayons. On dut se mettre au plus vite à cicatrizer le lambeau du bras, et la plaie rafraîchie du nez.

Néanmoins, cette tentative malheureuse ne sera pas perdue pour les progrès de l'art; elle a appris que le contact du bras avec la face devient à la longue très-fatigant, et que le lambeau pris dans la peau des bras doit être long plus que moins, parce qu'une fois séparé, il se réduit beaucoup; ce n'est pas trop que de lui donner trois pouces.

Le mode européen a réussi sur un homme de trente ans qui avait perdu le nez par l'effet du mal vénérien et était d'ailleurs bien constitué. Le rhinoplastre n'a qu'une narine, voici pourquoi la portion de peau disséquée pour former la cloison des narines, a échappé au point de suture qui la fixait à la lèvre. Il eût fallu prendre une portion plus épaisse et plus large, et la fixer par deux points de suture séparés l'un de l'autre à la lèvre supérieure dont la grande mobilité est gênante. Enfin, il y a une attention nécessaire à avoir dès qu'on a coupé la colonne de peau qui adhérait au front, c'est de former, sans délai par un point de suture l'ouverture subite qui se fait dans l'intérieur du nez, à l'endroit de la section

autrement on sera obligé plus tard de rafraîchir les bords de cette ouverture pour la fermer par un point de suture, ce qui sera plus douloureux pour l'opéré.

Tout bien considéré, nous pensons que le meilleur moyen de réparation est un nez fabriqué en bois léger ou en toile et en soie, qui soit en harmonie pour la forme et la couleur avec les traits du visage. Ce nez postiche sera surmonté par des lunettes temporales.

ADDITION A L'OBSERVATION D'UNE PARAPLÉGIE CHRONIQUE, ACCOMPAGNÉE DE PHÉNOMÈNES EXTRAORDINAIRES SUR UNE PERSONNE ENCORE VIVANTE, lue à l'Académie de Padoue, le 9 juillet 1833, par JOSEPH MONTE-SANTO, membre titulaire.

Le docteur Jos. Monte-Santo parle une seconde fois de l'existence inconcevable d'un prisonnier nommé Dominique Valetto. Cet homme, depuis bientôt quinze ans, n'a pas uriné, n'est pas allé une seule fois à la garde-robe; il a les membres inférieurs totalement paralysés ainsi que les organes de la reproduction. Il fait sa nourriture ordinaire des alimens les plus difficiles à digérer, et refuse ceux qui sont les plus délicats. Il aime beaucoup les oignons accommodés à l'huile. Sa boisson est l'eau-de-vie la plus forte, qu'il prend en très-petite quantité à la fois et qu'il peut garder.

Le produit de la digestion est rendu par le vomissement; la matière a la consistance et la forme du miel; elle n'a pas mauvaise odeur, n'est ni âcre, ni nauséabonde. Pour décider le vomissement dont le besoin se fait sentir par un soulèvement d'estomac; le malade boit de l'eau miellée, seule boisson qui ne l'incommode pas avant d'être rejetée. Une fois cependant, en avril 1832, le prisonnier vomit sans effort quatre pelottes de la grosseur du poingt de matières fécales, dont l'une avait à sa surface des impressions résultantes de son séjour dans l'intestin.

Depuis 1831, Valetto a éprouvé des maladies qu'on lui a mises sa vie dans le plus grand danger; deux fois il a fallu le saigner à plusieurs reprises pour une fluxion de poitrine, et une autre fois il a pensé mourir d'une indigestion de sardines frites.

L'âme qui anime le corps à moitié mort, est de la plus grande énergie. Le prisonnier regardait sans sourciller un mur qui menaçait de l'ensevelir sous ses ruines, et on fut obligé, pour le contenter, de le laisser sur sa paille, lorsqu'on le transporta, contre son gré, dans une autre prison. Dans une attitude calme et assis sur son grabat, tel que l'a peint en 1831 le célèbre Gazotto; il a tous les traits d'un héros.

L'auteur pense que cette maladie n'en est pas une, ou du moins ne nuit pas à la longévité. Il compare l'état des parties en paraplégie à celui de l'utérus en inertie après le temps de sa vie relative. Ce qui le prouve, c'est que la santé générale n'est pas mauvaise. Le teint est bon, le visage n'indique pas la moindre souffrance; les yeux ont de la vivacité, et le sujet mange avec appétit. La région paralysée est assez en embonpoint; la peau a de la chaleur, de la souplesse sans aucune altération de couleur. Les articulations des genoux et des cuisses sont faciles à mouvoir avec la main, malgré la rigidité du pied qui reste dans une extension insurmontable.

L'Académie de médecine à qui le docteur Monte-Santo a proposé son explication, pense autrement. Elle a témoigné dans sa réponse, du doute sur le caractère de cette paraplégie, et attribue la maladie, soit au ramollissement, soit à la compression de la moelle épinière, ou à une atrophie dans sa substance, atrophie qui peut avoir gagné les reins.

Le docteur italien paraît piqué de cette dissidence d'opinions, et il s'égaie sur la demande que nos académiciens lui font de l'ouverture du corps, s'il veut compléter son observation.

J. LEBAUDY.

III. — MÉLANGES.

Séance publique de l'Académie des sciences (Institut); distribution des prix.

Le 18 novembre, a eu lieu cette séance solennelle. Elle a été remplie: 1° par la proclamation des prix; 2° par l'éloge historique de feu M. le baron Fourier, par M. Arago, secrétaire perpétuel; 2° par l'éloge historique de feu M. le baron Percy, par M. Flourens, secrétaire perpétuel.

À l'ouverture de la séance, M. Flourens avait proclamé les prix: voici l'énumération des récompenses accordées à la médecine.

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. Montyon

L'académie accorde à titre d'encouragement, une médaille de 300 fr. à chacun des auteurs dont les noms suivent:

M. Breschet, pour ses recherches sur l'œuf de l'espèce humaine; M. Mejean, pour ses travaux de phytotomie; M. Purkinje, pour son travail sur les cellules fibreuses des anthères; M. Velpeau, pour son travail sur l'embryologie; ou ovologie humaine.

Prix fondé par M. de Montyon, en faveur de celui qui aura découvert le moyen de

rendre un art ou un métier moins insalubre.

L'académie n'ayant reçu aucune pièce qui remplit les intentions du donateur, ce prix n'a pu être décerné cette année.

Prix de médecine fondé par M. de Montyon, en faveur de ceux qui auront perfectionné l'art de guérir.

L'académie a décidé qu'il serait accordé cette année, à titre d'encouragement:

1° Une somme de 2,000 fr. à M. Forget, pour les perfectionnements qu'il a apportés par son ouvrage à l'hygiène et à la médecine navales.

2° Une somme de 5,000 fr. à M. Colombat, pour les travaux qu'il a publiés sur le mécanisme de la prononciation, et pour les succès qu'il a obtenus dans le traitement de quelques vices de prononciation, et en particulier du bégaiement.

3° Une somme de 2,000 fr. à M. Baude-locque neveu, pour l'invention d'un forceps applicable aux cas très rares où l'accouchement est rendu impossible par la déformation du bassin, et applicable seulement après que la mort de l'enfant a été constatée par les gens de l'art

4° Une somme de 1,500 fr. à M. Scipion

Pinel, pour ses observations manuscrites d'anatomie pathologique relatives à l'encéphale.

5° Un prix de 6,000 fr. à M. le docteur baron Heurteloup, pour l'invention et l'application qu'il a faite avec succès de l'écrasement par percussion à la destruction de la pierre dans la vessie.

6° Une somme de 4,000 fr. à M. le docteur Jacobson, de Copenhague, pour l'application qu'il a faite avec succès de l'écrasement par pression à la destruction de la pierre dans la vessie.

A M. Sir-Henri, coutelier, une somme de 2,000 fr., pour la part qu'il a prise à l'invention et à la confection des instrumens destinés à écraser par pression la pierre dans la vessie.

Médailles d'encouragement de la valeur de 1,000 fr. chacune pour les travaux sur le choléra.

1° A M. le docteur Anheslay (Anglais), pour les observations qu'il a recueillies dans l'Inde sur le choléra.

2° A MM. les docteurs Marcus et Jachnichon (Russes), pour leur relation du choléra-morbus à Moscou, une médaille à chacun.

3° A M. le docteur Dissembach (Prussien), pour ses expériences et ses travaux relatifs au choléra-morbus de Berlin.

4° A M. le docteur Marcin-Kowsk (Polonais), pour les faits et les renseignemens fournis sur le choléra-morbus de Varsovie.

5° A MM. les docteurs Gaynard et Gérardin (une médaille à chacun), pour leur relation du choléra-morbus en Russie, en Prusse et en Autriche, pendant les années 1831 et 1832.

6° A M. le docteur Foy, pour sa relation du choléra-morbus en Pologne.

7° A M. le docteur Brière de Boismont, pour sa Relation historique et médicale du choléra en Pologne.

8° A MM. les docteurs Bouillaud, Fabre et Guérin; pour leurs ouvrages sur le choléra-morbus de Paris, et pour les services rendus par les publications périodiques faites sous leur direction pendant la durée de l'épidémie (une médaille à chacun).

9° A M. le docteur Rayer, pour ses Recherches sur le choléra, et pour ses Expériences sur les fluides rendus par les cholériques.

10° A M. le docteur Scoutetten, pour sa Relation historique et médicale de l'épidémie du choléra qui a régné à Berlin en 1831.

11° A M. le docteur Lassis, pour les recherches et les efforts qu'il n'a cessé de faire dans la vue de prouver la non contagion du choléra.

Dans le prochain numéro, nous ferons connaître les sujets de prix proposés pour les années 1834 et 1835.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LAUZANNE.

La société des sciences médicales de Lauzanne nous adresse le bulletin de sa séance du 29 novembre dernier : nous le mettons sous les yeux de nos lecteurs, en attendant que nous puissions

faire connaître d'une manière plus étendue les travaux remarquables que cette société se propose de publier.

La Société vaudoise des sciences médicales s'est réunie le 29 novembre dernier, au musée, sous la présidence de M. Pellis. Cette séance a été remarquable par le nombre et l'importance des matières qui y ont été traitées. Nous ne ferons que les indiquer, et laisserons aux journaux scientifiques le soin de les analyser et de les apprécier. Un mode de publication des mémoires et travaux de la Société a, en effet, été présenté et adopté et ne manquera pas de donner plus de vie et d'activité aux nombreux sociétaires.

M. Muret de Morges a présenté les résultats de sa pratique et de son expérience sur l'homœopathie, et fait voir que ce nouveau système ne doit pas être exclusif, qu'il s'associe très-bien avec les principes de l'ancienne médecine (l'allopathie), que la contradiction entre les deux modes n'est qu'apparente, et qu'il serait facile de s'entendre sur leur application. — M. Muret a promis de poursuivre ses observations dans le sens de son mémoire, et d'en faire part.

M. Gilliéron fait part de la faculté qu'a un jeune étudiant de cette ville, de produire, sous l'influence du magnétisme animal, certains phénomènes singuliers. — Il suivra ce jeune homme dans les détails intéressans qu'il peut offrir, et en rendra compte dans la prochaine réunion.

Le même professeur donne, verbalement, quelques renseignemens sur la nouvelle substance découverte par le chimiste Reichenbach, et à laquelle celui-ci a donné le nom de créosote. — M. le pharmacien Baup ajoute quelques développemens à cette communication; M. Pellis lit un article du journal des Connaissances médico-chirurgicales où les effets médicaux de ce corps sont consignés; M. Mayor en présente un échantillon, connu déjà sous le nom d'eau de créosote; et M. Meillaud annonce qu'il vient d'en faire l'application avec succès à l'hospice comme hémostatique.

M. Vullyamoz lit, au nom de M. Vullyamoz, de Bex, quelques fragmens d'un mémoire sur les effets précieux des bains de Lavey, observés en 1832. M. Mayor y joint un aperçu des observations nombreuses intéressantes de M. Bezenecet, d'Aigle, sur le même sujet, et pendant les années 1832 et 1833. — Le même membre lit la nouvelle analyse de ces eaux par M. Baup; cette analyse faite avec toute l'exactitude qui distingue ce savant chimiste, a démontré, entre autres, la présence, dans cette source, du chlorure, de lithium, du sulfate de strontiane, des iodures, des bromures et d'une matière extractive. Cette composition si extraordinaire rend, en quelque sorte, raison des effets énergiques et surprenans de l'usage de ces eaux, tant en boisson qu'en bains, douches, etc., et assure à la découverte de cette source une importance qu'on était loin de soupçonner d'abord.

M. Mayor expose le procédé qui lui est propre pour le cathétérisme simple et forcé et pour le traitement facile et prompt des rétrécissemens de l'urètre. — Il produit des échantillons variés de ses sondes, en étain, la plupart d'un volume énorme; et il cite quelques observations sur leur heureux emploi, tant à l'hospice can-

total que dans une pratique particulière de quinze à vingt ans. — Il promet, sous peu, un mémoire détaillé sur ce sujet important. Nous ajouterons seulement que ces sondes sont vides, qu'elles sont, par leur bas prix, à la portée de tous, que l'administration de l'hospice en fait remettre aux pauvres qui sont dans le cas de s'en servir, et qu'on en trouve de tous calibres chez la veuve Goldner, au Petit St-Jean, à Lausanne.

M. Pellis cite l'observation d'une monomanie de suicide : Un jeune Allemand très actif, devient morne et silencieux ; il recherche la solitude : la lumière lui fait mal ; il perd l'appétit et le sommeil. Après être resté dans cet état une quinzaine de jours, il annonce tout à coup qu'il est un monstre, qu'il a tué son père et son frère, et qu'il est perdu. Il s'empare d'un couteau et se l'enfonce dans la poitrine. L'instrument glissa heureusement sur une côte. — Transporté immédiatement au Champ-de-l'Air, il a été soumis à un traitement actif et a été rendu à la santé au bout d'un mois. Il parla alors, mais avec effroi, des maux horribles qu'il avait éprouvés durant sa maladie. — La marche et le traitement de cette espèce d'aliénation ont été recueillis avec soin.

M. Levrat lit un mémoire sur la formation de quelques productions morbides, organisables, que l'on remarque à la surface libre des membranes séreuses, naturelles et accidentelles. — Il déduit ses recherches sous six chefs principaux, qui tendent tous à jeter le plus grand jour sur une des opérations les plus importantes et les plus communes de la nature.

La discussion obligée qui a eu lieu après chaque mémoire ou communication, a été des plus animées et pleine d'intérêt. — La plupart des membres y ont successivement pris part, soit volontairement, conformément au règlement, soit sur l'interpellation directe du président, et tous ont paru regretter que l'heure avancée ne permit pas d'entendre encore quelques notes pharmacologiques de M. Béranger. La lecture en a été renvoyée à une prochaine séance. On a fini par procéder à l'élection des membres du comité. Ce sont M. Pellis, président ; M. Muret, vice-président de la section de médecine ; M. Béranger, vice-président de la section de pharmacie ; M. Levrat, vice-président de la section vétérinaire ; MM. Mayor et Vullyamoz cadet, secrétaires ; et M. Nœhler, caissier.

Mort du professeur Boyer. — M. Boyer, chirurgien en chef de la Charité, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, membre de l'Institut, baron de l'Empire, etc., est mort des suites de coliques néphrétiques, auxquelles il était sujet, le 25 novembre, à l'âge de 72 ans.

Ses obsèques ont eu lieu le 27, à 10 heures du matin. Le cortège était très nombreux ; une députation des professeurs de l'École de médecine et de l'Académie des Sciences y assistait en costume ; les membres de la députation de l'Académie de médecine étaient en habit bourgeois. Un grand nombre de médecins et d'étudiants en médecine ont formé le cortège. Ceux-ci ont dételé les chevaux du char pour traîner le corps de leur ancien maître.

Aucun discours n'a été prononcé sur la tombe de M. Boyer, on s'est conformé sur ce point aux dispositions du testament.

La mort de M. Boyer laisse vacante à la faculté une chaire de clinique chirurgicale.

Maladie du professeur Dupuytren. — Dans les derniers jours de novembre, M. le professeur Dupuytren a eu une attaque de paralysie de la face. Il est parti, quelques jours après, pour l'Italie où il doit passer l'hiver. Une lettre de lui du midi de la France a déjà rassuré sur la nature de cette affection moins grave qu'on ne l'avait cru d'abord. M. Dupuytren en son absence sera remplacé, pour la clinique chirurgicale, par M. Sanson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le concours pour la chaire de clinique d'accouchemens de la Faculté de Paris est fixé au 10 avril 1834.

L'année 1833 a vu mourir Scarpa, Meckel, Rasori, Delpech, Portal, Boyer.

M. Begin vient d'être nommé chirurgien en chef et premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

On lit dans le *Journal de la Médecine homœopathique* :

La société homœopathique gallicane, fondée à Genève, chez le docteur Dufresne, en 1832, s'est définitivement constituée et a tenu sa première assemblée générale à Lyon. Les séances ont eu lieu les 6, 7 et 8 septembre, de midi à quatre heures, dans une des salles du collège royal. Le bureau se composait de MM. le docteur Desguidi, auteur d'une lettre sur l'homœopathie adressée aux médecins français, président ; Dufresne, l'un des fondateurs de la bibliothèque homœopathique de Genève, vice-président ; Dessaix et Chazal, secrétaires :

A une trentaine de médecins environ, venus de Fribourg et de Genève, du canton de Vaud, de la Saône, de Colmar, Mulhouse, Luxeuil, Grenoble, Digne, Thoissey, Annonay, Amberieux, La Tour du Pin, etc., pour se concerter avec leurs confrères de Lyon sur les moyens de répandre de plus en plus la pratique homœopathique, se joignait un nombre à peu près égal d'amis de l'homœopathie appartenant aux classes les plus honorables de cette ville, et tous distingués par leurs lumières et leur philanthropie : comme magistrats, instituteurs, ecclésiastiques, négocians, banquiers, fabricans, officiers de l'université, etc.

Après le dépouillement d'une correspondance pleine d'intérêt avec la société homœopathique de Paris et avec les médecins homœopathistes de Rouen, Turin, Berdeaux, etc., on a donné lecture de plusieurs mémoires apportés ou envoyés à l'assemblée, et des discussions d'une haute importance sur les questions les plus graves de la théorie et de la pratique de l'art ont rempli les deux premières séances. La troisième a été consacrée presque toute entière à l'examen et à l'adoption des statuts élaborés d'avance par des commissions spéciales. Enfin, une belle lithographie du portrait de Hahnemann, exécutée par les soins de la société homœopathique de Lyon, a été offerte, au nom de cette société, à tous les membres de l'assemblée, et cet hommage fraternel qui consacre le plus reli-

gieux souvenir a dignement terminé cette première session.

La session prochaine doit s'ouvrir à Genève, le 15 septembre 1834. Le bureau se composera de MM. Dufresne, de Genève, président; Delongchamp, de Fribourg, vice-président; Peschier, de Genève, secrétaire.

On lit dans le *Dorfzeitung* qu'à Vienne l'homœopathie vient de recevoir un coup sensible;

que des visites domiciliaires sévères ont eu lieu chez les médecins homœopathes; que tous les remèdes homœopathiques ont été saisis, et que la pharmacie homœopathique à Vienne a été supprimée. Beaucoup de Viennois veulent présenter une pétition à l'empereur, afin qu'il leur soit permis de vivre et de mourir *homœopatiement*.

(*Journal de Francfort.*)

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PLANCHE V. REGION SUS-CLEIDO-STERNALE.
Côté droit, femme adulte, grandeur naturelle,
petite stature.

Ce n'est pas sans intention que nous faisons succéder immédiatement à une planche qui représentait une nature forte et presque athlétique, une planche nous offrant la même nature faible et à peine au type ordinaire; et nous espérons qu'en cela, tout anatomiste, tout chirurgien de science et de bon sens voudra bien nous entendre et nous accorder son assentiment. Les sujets sur lesquels le chirurgien opère, sont dans des circonstances, non seulement d'âge, d'embonpoint, etc., mais aussi de force et de taille tout-à-fait différentes. Deux malades couchés dans des lits voisins, devant être opérés tous deux le même jour, ne se ressemblent le plus souvent en rien; la nature et le siège du mal, sa durée, l'intensité de la douleur, les accidens et les effets de la maladie, tout cela varie pour chacun d'eux, et fait varier en chacun la forme et l'aspect des organes à l'extérieur et à l'intérieur, pour la couche superficielle comme pour les couches profondes. Pourquoi donc s'obstiner à ne donner que ce qu'il y aurait de plus beau, de plus parfait, de plus achevé dans les formes, puisqu'en réalité, c'est-à-dire en pratique, cette beauté, cette perfection ne se trouve pas? Pourquoi surtout donner toujours une même beauté, une même perfection?

Appuyés sur ces principes qui nous paraissent vrais et incontestables, aidés aussi d'une expérience sévère, nous croyons devoir cesser dans l'intérêt de la science et de la vérité, de courir après les exemplaires rares du type idéal des formes et de la grandeur; et nous ne voulons rien faire, ni laisser faire aux artistes qui nous prêtent l'appui de leur talent; pour élever ou ramener ce que nous aurons devant les yeux, à ce type, vers lequel ils ont toujours les yeux et l'imagination tournés. Nous découvrirons les choses que la nature a faites; ils les copieront purement et simplement; et nous ne nous permettrons jamais d'y ajouter ou d'en retrancher quoi que ce soit, hors les cas évidens d'anomalie ou de variété.

Nous savons bien que dire ces choses c'est s'engager à une grande exactitude et attirer sur soi le regard d'un grand nombre de censeurs; mais nous savons aussi que l'habitude du travail nous est acquise, que nos essais ont été heureux, que les encouragemens ne nous ont pas manqué; et nous espérons que la volonté de faire et de nous perfectionner à chaque instant, ne nous quittera qu'avec la vie.

Quant à ce qui est déjà fait, il est un moyen périlleux mais sûr de nous vérifier et de savoir à quoi s'en tenir sur nous et nos œuvres. Qu'on prenne la première venue de nos planches, qu'on s'approche d'un cadavre, et que la nature elle-même soit juge entre nous et ceux qui par position, par ignorance, par intérêt, ou pour toutes ces raisons réunies, étaient destinés à devenir nos détracteurs.

Préparation. — On incise les tégumens suivant une ligne commencée deux travers de doigt en dehors et à droite de la symphyse du menton, et conduite au devant de l'articulation sterno-claviculaire du même côté, jusqu'à la 3^me côte à peu près. Par l'extrémité inférieure de cette incision verticale on mène une autre incision, courbe, à concavité supérieure, et qui dépasse la première à gauche, de deux doigts seulement, tandis qu'à droite elle s'élève jusqu'au devant de l'épaule en passant un peu au-dessus du mamelon droit. On dissèque et l'on renverse le lambeau tégumentaire gauche ou petit lambeau; puis le lambeau tégumentaire droit ou grand, ayant soin de ne pas décoller celui-ci plus haut que la clavicule. On relève entièrement le lambeau droit décollé; on scie obliquement et délicatement l'articulation sterno-claviculaire entre les attaches mastoïdiennes et pectorales, en prenant garde d'endommager les muscles postérieurs du sternum. Enfin on renverse ce lambeau tégumentaire droit qui entraîne, par ses adhérences, les muscle peaucier et sterno-cleïdo-mastodiën.

Le reste est facile et ne se décrit pas.

Explication des parties. — A, le pavillon de l'oreille; B, la joue; C, les lèvres; D, le menton; E, le côté du cou; F, l'angle de la mâchoire; G, le dessous du menton; H, le devant du cou; I, K, le dessus des épaules; L, l'extrémité externe de la clavicule droite; M, le milieu de la clavicule gauche. — a, b, petite portion du sternum et de la clavicule supportant les attaches mastoïdiennes inférieures, sciée et renversée; c, coupe du cartilage interarticulaire et de la double capsule synoviale qui se trouvent dans l'articulation sterno-claviculaire. a', b', c', montrent les points correspondans aux parties osseuses détachées et la situation que celles-ci reprendraient si on replaçait le mastoïdien; d, face supérieure de la clavicule; e, face antérieure du sternum; f, la peau qui couvrait le sternum et sa fossette, renversée; g, g, g, coupe de la peau sur le devant du cou, près de la ligne médiane; g' g' g', peau coupée sur le devant du cou, écartée et renversée, entraînant

avec elle le peucier et le mastoïdien qui lui sont adhérens; *h, h*, la peau qui recouvrait le devant de la poitrine tout-à-fait renversée et doublée de tissu cellulaire gras; *i*, tissu cellulaire qui se trouve toujours au-dessus du sternum, entre la peau et la face antérieure des m. sterno-thyroïdien; *k*, la glande sous-maxillaire, *l*, ligne oblique du cartilage thyroïde; *m, m*, portion de la membrane thyro-hyoïdienne; — 1 et 2, tendon moyen et ventre antérieur du muscle digastrique; 3. 3 m. milo-hyoïdien; 4, m. stylo-hyoïdien, 5; m. hyo-glosse; 6, m. constricteur inférieur du pharynx; 7, m. thyro-hyoïdien; 8, 8, 8, m. omoplat-hyoïdien; 9, 9, 9, m. sterno-thyroïdien; 10, 10, m. sterno-hyoïdien; 11, petite portion du m. sterno-thyroïdien du côté gauche; 12, 12, m. grand droit antérieur de la tête; 13, m. long du cou; 14, 14, m. scalène antérieur; 15, 15, m. scalène postérieur; 16, 16, 16, 16, m. sterno-cleido-mastoïdien; 17, 17, 17, m. peucier; 18, 18, m. grand pectoral.

n, veine cave supérieure; *o*, v. sous-clavière droite; *p, p, p, p*, jugulaire interne; *q, q*, thyroïdienne latérale; *r*, veine latérale du cou; *s*, autre veine latérale du cou; *t, t*, veines liées; — 20, 20, artère sous-clavière; 21, 21, artère vertébrale; 22, 22, artère cervicale ascendante; 23, art. cervicale transverse superficielle; 24, 24, art. carotide primitive; 25 et 26, carotides externe et interne; 27, a. thyroïdienne supérieure; — 28, nerf grand hypoglosse; 29, n. laryngé supérieur; 30, 30, 30, 30, n. pneumo-gastrique; 31, 31, 31, nerf grand sympathique; 32, ganglion cervical moyen; 33, 33, 33, 33, anastomose du nerf descendant de l'hypoglosse avec un rameau du plexus cervical; 34, 34, 34, 34, filets naissant de cette anastomose et allant se distribuer aux muscles sterno-thyroïdien, sterno-hyoïdien et omoplat-hyoïdien; 35, 35, nerf récurrent; 36, rameau cardiaque.

REMARQUES.

Si l'on rapproche les muscles sus-hyoïdiens de la planche 4, des mêmes muscles de la planche 5, on sera frappé de leur variété dans chacune d'elles. Dans la 5^e, l'aponévrose digastrique est très faible et peu distincte du milo-hyoïdien. Le tendon moyen du digastrique est si fort au-dessus du muscle stylo-hyoïdien qu'on a peine à se figurer qu'il le traverse ou le touche seulement. — Le petit triangle membraneux formé par les muscles hyo-glosse, thyro-hyoïdien et constricteur inférieur du pharynx, dans lequel s'épanouit le laryngé supérieur; est ici très visible et plus découvert que dans les sujets musclés.

Les muscles grand droit antérieur de la tête et long du cou, ordinairement cachés par la grosse jugulaire et la carotide; apparaissent ici entre ces deux vaisseaux, couverts par les nerfs descendant de l'hypoglosse, pneumogastrique et grand sympathique, et séparés inférieurement par l'artère vertébrale. Il ne faut pas s'attendre à trouver dans un sujet vivant, les deux vaisseaux principaux du cou aussi distans que la planche les représente; c'est à la faiblesse naturelle du sujet, à son peu d'embonpoint, à la position qu'on lui a donnée, au retrait spontané des organes disséqués, qu'est dû cet écartement. Le bord externe du sterno-hyoïdien qui couvre ici les deux tiers internes du calibre de la caro-

tide primitive, s'élargit souvent assez pour la cacher tout entière; détail anatomique qui ne laisse pas d'être important quand on cherche le vaisseau. On voit combien se ressemblent peu les deux muscles sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien; le premier étant postérieur, vertical, assez large; l'autre étroit, oblique et rétréci. Au niveau et un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, les fibres du sterno-thyroïdien blanchissent et prennent apparence d'une aponévrose. Au reste, toute la musculature de notre région est faible, dépourvue de vigueur et de sévérité, mais on y trouve la douceur et la grâce des formes féminines.

Les gros vaisseaux de la région sont réguliers et ne présentent rien de remarquable, excepté ce que nous avons dit de leur écartement en parlant des muscles grand droit antérieur de la tête et long du cou. Les petits vaisseaux sont: l'artère vertébrale, qui donne ici naissance aux artères cervicales transverse superficielle et cervicale ascendante; et quelques veines secondaires, parmi lesquelles la thyroïdienne latérale et celles que l'on voit coupées sur le corps de la sous-clavière et de la jugulaire, méritent le plus d'attention.

Les nerfs qui ont été fidèlement copiés, offrent ici quelques variétés que nous prions de ne pas prendre pour des erreurs. Le grand hypo-glosse est arrondi, et le laryngé supérieur sinueux avant son épanouissement sur le côté de la membrane thyro-hyoïdienne. Le grand sympathique est mince, et a son ganglion moyen un peu abaissé. Le récurrent du pneumo-gastrique qu'on aperçoit ici dans l'obscurité, derrière la carotide primitive, se divise ordinairement plus haut et plus près de la ligne médiane, au niveau du corps thyroïdien.

Nous avons à présent tout ce qu'il faut pour nous occuper des opérations à faire sur la carotide inférieure ou postero-mastoïdienne et sur la sous-clavière; nous allons le faire en aussi peu de mots, et aussi clairement qu'il nous sera possible.

Jetons les yeux sur les planches II, IV et V. La première nous montre le tronc innominé arrivant à peine jusqu'à l'écartement mastoïdien et se séparant aussitôt en sous-clavière et carotide primitive. Mais ces artères disparaissent trop vite, la première derrière le pilier mastoïdien postérieur et le scalène antérieur, la seconde derrière le pilier antérieur et le sterno-thyroïdien, pour que le chirurgien ne se demande pas ce qu'elles deviennent dans leur trajet, et ne soit pas inquiet des nouveaux rapports qu'elles ont pu contracter. La planche V donne ces nouveaux rapports. De l'écartement mastoïdien la sous-clavière se dirige en haut et en arrière, à quelque distance de l'extrémité inférieure de la grosse jugulaire, entre les muscles longs du cou et scalène antérieur, en dehors duquel elle apparaît encore comme dans la planche II et avec les mêmes rapports. La carotide, elle, continue de monter le long de la tranchée, s'approchant de plus en plus de la colonne vertébrale et couverte par le sterno-thyroïdien. La carotide primitive ne fournit aucune artère notable; la sous-clavière pendant qu'elle est cachée derrière la veine et le muscle en engendre plusieurs qu'il faut

que le chirurgien connaisse et que nous lui montrerons. C'est surtout pour montrer les veines sous-clavière, jugulaire et cave que cette région a été faite, jamais on ne doit les perdre de vue, et de leur ménagement dépend à peu près la mort ou la vie du sujet que l'on opère. Il y a plus, les petites veines qui de la partie antérieure, latérale ou inférieure du cou, viennent s'ouvrir au confluent des veines sous-clavière et jugulaire, sont si disposées à se vider et dégorger si facilement des flots de sang noir, que c'est au moins un grand bonheur et un grand agrément de les avoir épargnés. Du reste ce confluent veineux qui constitue la veine cave ne manque jamais de se trouver derrière l'attache inférieure du pilier postérieur du sterno-mastoïdien. La jugulaire est là, éloignée de la carotide d'un demi-travers de doigt, ce n'est qu'en montant que les deux vaisseaux se rapprochent jusqu'à se toucher. Les nerfs qui descendent des côtés du cou dans la cavité du thorax, en passant devant ou derrière la sous-clavière, ne doivent pas être oubliés.

Ligature de la carotide derrière le mastoïdien. — La poitrine est élevée, la tête un peu renversée, et détournée du côté opposé à celui de l'opération. Le chirurgien s'assure du bord ant. du mastoïdien, commence au niveau du cartilage thyroïde et en suivant ce bord antérieur, une incision qu'il termine au haut du sternum; il divise successivement le peaucier, les feuilletts cellulés ou *fascias* superficiels, et fait cesser la tension des muscles du cou, en ramenant la tête et redressant la face. Il tire en leur contraire les lèvres de la plaie, enlève le tissu cellulaire qui couvre la face antérieure de la carotide et de la jugulaire; dérange s'il le faut l'omoplat-hyoïdien, et ouvre sur une sonde la gaine celluleuse commune aux deux vaisseaux.

Il se sert du bec de la sonde pour séparer la veine de l'artère et isoler celle-ci de nerfs environnans. Le lien se passe aisément.

Ligatures de la sous-clavière. — On lie cette artère 1° en dedans, 2° en dehors des scalènes, 3° à son passage derrière le scalène antérieur. — *En dedans des scalènes.* Les tentatives faites jusqu'ici ont été malheureuses et les procédés peu réguliers. On a conseillé de couper en travers le pilier claviculaire du sterno-mastoïdien; de déprimer la veine jugulaire interne en dedans et la sous-clavière en bas et en avant sur la clavicule, puis d'écarter les nerfs et de lier. — On a décrit une manière de l'atteindre par la fossette du sternum ou en trépanant cet os. Pourquoi ne pas aller tout simplement la chercher au fond et

au bas de l'écartement mastoïdien? De toutes manières la ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes sera toujours une opération laborieuse et pleine de dangers. — *Entre les scalènes.* Voici le procédé qu'on attribue à M. Dupuytren, et qui lui a réussi, dit-on, plusieurs fois. « On fait à la base du cou une incision transversale qui se porte du bord antérieur du muscle trapèze au bord externe du sterno-mastoïdien, et se prolonge même un peu sur la face externe de ce dernier. Après avoir reconnu la présence du scalène antérieur, on glisse entre son côté postérieur et l'artère l'extrémité d'une sonde cannelée sur laquelle on le divise. Par le fait seul de cette section le vaisseau se trouve à découvert et complètement isolé. Le muscle scalène postérieur sert de guide au stylet aiguille qui porte la ligature. » — *En dehors des scalènes.* Les procédés ne manquent pas, et pour ceux qui ont bien connu la disposition des parties, qui voudront jeter les yeux sur la planche 2^e de notre Anatomie de régions, et qui peuvent disposer d'un peu d'adresse et de sang-froid, il est impossible que la ligature de la sous-clavière en ce point, présente de bien grandes difficultés.

Le malade étant situé comme l'indique la planche occipito-claviculaire, on fait aux tégumens une incision transversale à un pouce au dessus de la clavicule, depuis le bord antérieur du trapèze jusqu'au bord externe du sterno-cléido-mastoïdien; si la jugulaire externe ou quelque autre veine latérale embarrasse, il faut la lier avant d'aller plus loin. Ensuite on enlève lentement et couche par couche les lames ou *fascias* qui abondent en ce point. On s'assure du bord externe du scalène antérieur, et au lieu de chercher le vaisseau au dessus de la clavicule en se dirigeant de bas en haut, on le suppose placé à la partie postérieure ou même inférieure de cet os. Cette précaution à laquelle un chirurgien de Paris attache une grande importance nous paraît la mériter réellement; et si A. Cooper s'en était aidé peut-être aurait-il évité de lier au lieu de la sous-clavière une racine du plexus brachial.

Quand l'artère est découverte, ou bien, s'il est difficile de la voir, quand elle est bien reconnue, le doigt sert de conducteur à la sonde ou à l'aiguille qui doit être dirigée devant en arrière et bas en haut, de manière à sortir au dessous du plexus brachial et du scapulo-hyoïdien.

Le pansement, les accidens, etc., ne peuvent nous occuper.

Jacques LEBAUDY.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VI. — FÉVRIER 1834.

I. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOU-
CHEMENT NATUREL.

Le travail que nous soumettons au jugement du public médical peut se diviser en deux parties. Dans la première nous avons cru devoir rappeler l'état actuel de la science relativement aux présentations, et aux positions du fœtus considérées dans leurs rapports avec l'accouchement ; dans la seconde nous avons exposé le mécanisme de l'accouchement naturel : cette dernière peut être considérée comme la partie essentielle de notre travail.

En rappelant dans la première section de ce mémoire l'état de la science sur un point qu'il nous a semblé convenable d'éclaircir tout d'abord et en y ajoutant nos propres idées, nous n'avons pas eu la prétention d'être tout-à-fait neuf. Pour arriver à un résultat, à une proposition formelle, en un mot au moyen qui nous a semblé le plus rationnel de comprendre les présentations et les positions du fœtus, nous avons emprunté les idées de nos prédécesseurs quand elles nous ont paru bonnes ; l'enseignement de mon père et les travaux de M^{me} Lachapelle nous ont surtout aidé, et on verra que nos dernières propositions différant en plus d'un point de toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, nous avons dû nous aider aussi du secours de notre propre expérience.

Si nous croyons devoir donner cette explication, c'est qu'elle nous a paru convenable, mais nous n'avons pas cru qu'elle fût nécessaire ; car nous ne pensons pas que qui que ce soit puisse nous reprocher de nous être paré de ses œuvres.

Dans les sciences d'observation, et dans la médecine en particulier, il est des progrès qui sont le fruit de tant d'efforts partiels, auxquels tant d'esprits ont successivement ou simultanément contribué, qu'ils ne peuvent être regardés comme la propriété scientifique de personne, parce qu'ils sont en réalité la propriété d'un trop grand nombre. L'impulsion récente donnée en France à cette partie de la science obstétricale qui a pour objet l'étude et la classification des présentations et des positions du fœtus doit être rangée parmi les progrès dont nous venons de parler. Par conséquent s'il y a quelque mérite dans la première partie de notre mémoire, il consistera dans le soin même que nous aurons pris de rendre plus familières, en les rendant peut-être plus intelligibles, des notions qui ne sont pas encore entrées dans tous les esprits, et dans la possibilité qui nous était offerte et que nous avons mise à profit, de les étayer des résul-

tats d'une masse très-considérable de faits bien observés.

Quant aux opinions que nous exposerons dans la seconde section de ce travail, celles-là, bien que professées depuis quelque temps en Allemagne et en Alsace sans y avoir été cependant généralement recues, seront au moins nouvelles pour l'école de Paris, car elles ne sont nullement d'accord avec celles qui sont exposées dans les ouvrages classiques même les plus récents.

Quelqu'opposées que puissent paraître quelques-unes de nos opinions à celles qui sont généralement regardées comme incontestables, nous affirmons qu'il n'en est aucune qui ne soit appuyée sur des faits beaucoup plus nombreux et dont l'examen attentif nous était beaucoup plus facile que ceux qui peuvent échoir à l'observation de la très-grande majorité des accoucheurs. Cet avantage nous le devons uniquement à la situation que nous occupons dans l'un des établissemens les plus considérables qui soient destinés à l'exercice de la médecine puerpérale.

L'accouchement naturel comprend deux sortes d'actes ou de phénomènes qui se confondent, sans doute, dans leur accomplissement, mais qu'il est possible et qu'il est même utile de séparer par la pensée quand on veut les étudier avec fruit ; les uns appartiennent à l'action toute vitale qui est mise en jeu et dont l'expulsion du fœtus et de ses annexes est l'un des principaux résultats ; les autres appartiennent à cette expulsion elle-même, c'est-à-dire aux lois toutes mécaniques qui régissent les mouvemens passifs que le fœtus exécute en traversant le bassin. Ils constituent en un mot le mécanisme de l'accouchement naturel.

Ces derniers phénomènes du travail de l'enfantement doivent être seuls le sujet de notre mémoire ; toutefois avant d'exposer le procédé naturel suivant lequel le fœtus parcourt pendant le travail les divers points du bassin, il nous a paru nécessaire de faire connaître les conditions diverses de situation et de rapports dans lesquelles il peut se trouver avec le canal au moment ou apparaissent les premiers phénomènes de l'accouchement, et l'on concevra facilement cette nécessité si l'on réfléchit que le mécanisme de l'accouchement spontané doit varier et varie en effet en raison de la différence de ces rapports primitifs.

Quand on veut exposer avec ordre ou se représenter avec clarté les divers rapports dans lesquels le fœtus se trouve relativement à l'entrée du canal complexe qu'il doit parcourir pendant

le travail de l'accouchement, il est d'abord nécessaire de distinguer dans ces rapports deux faits principaux : 1^o la présentation ; 2^o la position. Par la première de ces deux expressions nous entendons le fait seul de la présence d'une région du fœtus au détroit abdominal ; par la seconde nous entendons les rapports particuliers des divers points de cette région avec les divers points de l'entrée du bassin. Si cette définition offre quelque obscurité, elle deviendra très-claire un peu plus tard par les développemens que nous serons naturellement conduit à lui donner, et quant à son utilité elle sera facilement sentie : car elle est fondée sur l'ordre dans lequel notre diagnostic doit s'établir, elle est à cette partie de l'art médical ce que l'analyse est à la logique.

Avant d'aller plus loin, nous pensons qu'il ne sera pas inutile de rappeler les idées les plus généralement admises, relativement aux présentations et aux positions du fœtus.

Les anciens accoucheurs jusqu'à Solayrès ne s'étaient réellement attachés qu'à reconnaître la partie du fœtus qui se présentait à l'orifice utérin dans le premier temps du travail, sans rechercher d'ailleurs les rapports particuliers de cette partie avec les divers points du détroit supérieur ; ils ne s'étaient donc occupés que des présentations, et cela suffisait à leur enseignement et à leur pratique. Ainsi des présentations du sommet de la tête, de la face, des côtés de la tête, des pieds, des genoux, des fesses, des mains seules, des pieds et des mains ensemble, de l'épaule, du dos, de la poitrine, du ventre, du côté ; telles étaient les présentations admises par les accoucheurs dont les travaux précédèrent la nomenclature qui va nous occuper. Entraîné sans doute par le goût des classifications qui de l'étude de l'histoire naturelle venaient de pénétrer dans celle de la nosologie, Solayrès voulut en faire l'application à l'enseignement de l'art obstétrical.

Les accouchemens furent divisés par lui en classes, ordres, genres et espèces. Le caractère des classes était fondé sur le mode de terminaison de l'accouchement ; le caractère des ordres sur la durée du travail ; celui des genres sur la région du fœtus qui se présentait à l'orifice ; celui des espèces sur les rapports particuliers de cette région avec le détroit supérieur. Baudelocque modifia cette classification de Solayrès, du moins pour ce qui concernait les présentations et les positions, et ses idées adoptées alors par presque tous les accoucheurs le sont encore aujourd'hui par un grand nombre d'entre eux, elles méritent par conséquent d'être rappelées afin de faire sentir les changemens utiles qu'elles ont subis.

Ainsi le fœtus fut idéalement divisé en deux extrémités d'abord, l'une représentée par le sommet de la tête, l'autre par les pieds, les genoux ou les fesses ; la présence de chacune de ces régions à l'orifice de l'utérus fut regardée comme une présentation. De plus tout le reste de la surface du fœtus fut partagé en quatre grandes régions, une antérieure, une postérieure et deux latérales ; celles-ci furent subdivisées à leur tour en plusieurs autres ; ainsi sur la région antérieure Baudelocque distingua la face, le devant du cou, la poitrine, l'abdomen, le devant du bassin et le devant des cuisses. Sur la région

postérieure, l'occiput, la nuque, le dos, les lombes ; sur chacune des régions latérales, le côté de la tête, le côté du cou, l'épaule, le côté de la poitrine, le côté proprement dit et la hanche. Il admit donc dans l'enseignement de cette partie de la science autant de présentations possibles que nous venons de rappeler de régions. Les présentations du sommet de la tête, celle des pieds, celles des genoux, celles des fesses furent rangées parmi les présentations naturelles, c'est-à-dire parmi celles qui admettaient la possibilité de l'accouchement spontané ; les autres furent considérées comme vicieuses, c'est-à-dire comme excluant la possibilité de l'accouchement naturel et réclamant en conséquence l'intervention de l'art. Nous verrons plus tard quelle était sous ce rapport l'erreur de Baudelocque, erreur partagée aujourd'hui encore par beaucoup d'accoucheurs.

Après avoir déterminé les régions du fœtus, dont la présence au détroit abdominal devait constituer une présentation, il fallait indiquer les rapports possibles de ces régions avec les divers points de ce détroit ; en un mot, il fallait s'entendre sur les positions.

Des points de reconnaissance durent être pris 1^o sur le bassin ; 2^o sur la région du fœtus qui tendait à s'y engager ; sur le bassin, la face postérieure des deux cavités cotyloïdes et la symphyse du pubis antérieurement, la face antérieure des symphises sacro-iliaques et l'angle sacro-vertébral postérieurement ; sur la tête du fœtus, l'occiput et le front, furent, pour les positions du sommet, les points de reconnaissance adoptés. Six positions du sommet furent admises comme possibles ; dans les trois premières (occipito-antérieures) l'occiput devait répondre à l'un des trois points indiqués sur la moitié antérieure du détroit abdominal, occipito-cotyloïdienne gauche (1^{re}), occipito-cotyloïdienne droite (2^e), occipito-pubienne (3^e). Dans les trois dernières (occipito-postérieures) l'occiput devait être en rapport avec l'un des trois points que nous avons indiqués sur la moitié postérieure de ce cercle osseux ; occipito-sacro-iliaque droite (4^e), occipito-sacro-iliaque gauche (5^e), occipito-sacrée (6^e). Pour les présentations des pieds, des fesses et des genoux : les points de reconnaissance pris sur le bassin furent les mêmes sur la moitié antérieure, c'est-à-dire les deux cavités cotyloïdes et la symphyse du pubis ; mais sur la moitié postérieure, Baudelocque n'en adopta qu'un et ce fut l'angle sacro-vertébral. Sur le fœtus les talons, dans les présentations des pieds ; le sacrum, dans celles des fesses ; le devant des jambes, dans celles des genoux servirent de point de ralliement. Pour chacune de ces présentations quatre positions furent admises : dans les trois premières le talon, le sacrum ou le devant des jambes devaient répondre à l'un des trois points déterminés sur la moitié antérieure du bassin (calcanéo, sacro ou tibio-cotyloïdienne gauche (1^{re}), calcanéo, sacro ou tibio-cotyloïdienne droite (2^e), calcanéo, sacro ou tibio-pubienne (3^e) ; dans la quatrième les mêmes parties du fœtus devaient répondre à la saillie sacro-vertébrale, calcanéo, sacro ou tibio-postérieure (4^e). Baudelocque admit donc trois positions calcanéo, sacro ou tibio-antérieures, et une seule calcanéo, sacro

ou tibio-postérieure. Pour les présentations des régions nombreuses que j'ai rappelées sur les plans antérieurs, postérieurs ou latéraux, les points de reconnaissance sur le détroit supérieur furent différens; la symphise des pubis en avant, l'angle sacro-vertébral en arrière, la partie la plus déclive de chaque fosse iliaque, c'est-à-dire à peu près chaque extrémité du diamètre transverse, furent les quatre points de ralliement adoptés. Ils dûrent être beaucoup plus nombreux sur le fœtus et changer suivant la présentation. Il serait trop long de les rappeler séparément, nous nous contenterons d'indiquer les caractères des positions. Quatre positions de la face, mento-sacrée (1^{re}), mento-pubienne (2^e), mento-iliaque droite (3^e), mento-iliaque gauche (4^e); ainsi deux positions dans lesquelles la face est située directement d'avant en arrière, deux autres dans lesquelles elle est transversalement placée. Les présentations du devant du cou, celles du devant de la poitrine, de l'abdomen, du devant du bassin et du devant des cuisses, celles de l'occiput, de la nuque, du dos et des lombes, celles enfin du côté de la tête, des côtés du cou, des épaules, du côté de la poitrine, du côté proprement dit et de la hanche furent, comme celles de la face, subdivisées chacune en quatre positions distinguées les unes des autres par les noms de première, deuxième, troisième et quatrième.

Dans les premières la tête du fœtus répond en avant, plus ou moins élevée au-dessus du pubis et son extrémité pelvienne en arrière; dans la deuxième; au contraire, la tête est en arrière, plus ou moins élevée au-dessus de l'angle sacro-vertébral et l'extrémité pelvienne en avant, par conséquent ces positions sont directes, c'est-à-dire que le grand axe du fœtus est placé dans la direction du diamètre sacro-pubien. Dans les troisièmes positions la tête du fœtus est à gauche, placée plus ou moins au-dessus de la fosse iliaque de ce côté. Dans les quatrièmes, enfin, la tête est à droite répondant à la fosse iliaque et plus ou moins élevée au-dessus d'elle; ces positions sont transversales, le grand axe du fœtus croisant le détroit supérieur dans une direction parallèle à celle de son diamètre transverse.

Ainsi en résumé, 1^o présentations du sommet : six positions, trois occipito-antérieures, trois occipito-postérieures; 2^o présentations des pieds; quatre positions, trois calcané-antérieures et une calcané-postérieure; 3^o présentations des fesses : quatre positions, trois sacro-antérieures et une sacro-postérieure; 4^o présentations des genoux : quatre positions, trois tibio-antérieures, une tibio-postérieure; 5^o présentations de la face; 6^o du devant du cou; 7^o de la poitrine; 8^o de l'abdomen; 9^o du devant du bassin et des cuisses; 10^o de l'occiput; 11^o de la nuque; 12^o du dos; 13^o des lombes; 14^o du côté droit de la tête; 15^o du côté gauche de la tête; 16^o du côté droit du cou; 17^o du côté gauche du cou; 18^o de l'épaule droite; 19^o de l'épaule gauche; 20^o du côté droit de la poitrine; 21^o du côté gauche de la poitrine; 22^o du côté droit proprement dit; 23^o du côté gauche proprement dit; 24^o de la hanche droite; 25^o de la hanche gauche. Pour chacune de ces vingt-et-une présentations, quatre positions directes et deux trans-

versales, telle était la classification adoptée par Baudelocque.

On ne tarda pas à reconnaître toutefois que cette multiplicité de présentations et de positions compliquait sans utilité l'enseignement de cette partie de la science, qu'elle avait l'inconvénient de surcharger la mémoire des élèves sans avoir en compensation l'avantage de donner plus de précision à l'exposé des préceptes pratiques. On objecta de plus, mais sans raison à notre avis du moins, que plusieurs de ces présentations concevables en théorie, ne s'observaient pourtant pas dans la pratique. La classification de Baudelocque fut donc modifiée, et nous allons très rapidement faire connaître les altérations qu'elle subit. Cet exposé nous conduira naturellement au point où nous voulons reprendre ce sujet.

La plupart des présentations furent conservées distinctes et avec le caractère de naturelles pour les unes et de non naturelles pour les autres que Baudelocque y avait attaché; cependant les présentations nombreuses admises sur les plans antérieurs, postérieurs et latéraux du fœtus, furent confondues et rattachées par chaque plan à la seule dénomination de présentation de la surface postérieure et présentation des régions latérales.

Quant aux positions, celles du sommet furent réduites à quatre obliques ou diagonales, deux occipito-antérieures, deux occipito-postérieures.

Les quatre positions des pieds, des genoux ou des fesses furent conservées, mais on les supposa diagonales comme celles du sommet.

Il en fut de même pour les positions de la face, de la région occipitale et des côtés de la tête, de la région postérieure, de la région antérieure et des régions latérales du tronc. Elles furent conservées au nombre de quatre pour chacune de ces parties; mais au lieu d'en admettre deux directes et deux transversales, comme l'avait fait Baudelocque, on les supposa toutes diagonales.

Ainsi au résumé: Présentation du sommet, quatre positions diagonales, les deux premières occipito-cotyloïdiennes, les deux dernières occipito-sacro-iliaque. Présentation des pieds, des fesses ou des genoux, quatre positions diagonales pour chacune d'elles: deux calcané, sacro ou tibio cotyloïdiennes, deux calcané, sacro ou tibio iliaques. Présentation de la face, quatre positions diagonales: deux fronto-cotyloïdiennes et deux fronto-sacro-iliaques. Présentation de l'occiput, quatre positions: deux cervico-cotyloïdiennes, deux cervico-sacro-iliaques. Présentation des côtés de la tête, quatre positions: les deux premières syncipito-cotyloïdiennes, les deux dernières syncipito-sacro-iliaques. Présentation de la face postérieure du tronc. Présentation de la face antérieure du tronc. Présentation de chacune des régions latérales, quatre positions diagonales pour chacune de ces présentations: dans les deux premières l'extrémité céphalique est dirigée obliquement en avant, placée au dessus de l'une des cavités cotyloïdes gauche (1^{re}) ou droite (2^e); dans les deux dernières l'extrémité céphalique est dirigée obliquement en arrière et plus ou moins élevée au dessus de la symphise sacro-iliaque droite (3^e) ou gauche (4^e).

Nous bornons ici les points sur lesquels il nous importait de ramener les souvenirs du lecteur ; nous n'ignorons pas que beaucoup d'autres modifications à la classification de Baudelocque ont été proposées, mais il nous a semblé qu'il suffisait d'indiquer celles qui avaient eu et qui nous paraissent encore avoir le plus de faveur ; nous n'ignorons pas non plus que celles-là même sont loin d'avoir été adoptées par tous les esprits ; nous croyons néanmoins qu'elles l'ont été par un assez grand nombre, pour que nous soyons justifié du soin que nous avons pris de les rappeler : nous espérons en être plus facilement compris.

Il n'est aucun point de la surface du fœtus qui, dans des conditions données, ne puisse pendant l'accouchement s'offrir au détroit abdominal et à l'orifice utérin et par conséquent devenir accessible au doigt quand celui-ci est suffisamment dilaté. Cette vérité, que la seule théorie peut faire pressentir, ne saurait être contestée quand on examine sans prévention les observations nombreuses qui nous ont été laissées par nos prédécesseurs, et elle acquiert tous les jours un nouveau degré d'évidence pour celui sous les yeux duquel passe un très-grand nombre de faits et qui peut multiplier jusqu'à l'infini ses observations.

Si l'on est d'accord sur ce point, la question ne doit pas être posée, à notre avis, comme l'a fait M^{me} Lachapelle ; elle ne doit pas consister à rechercher quelles sont les régions du fœtus qui peuvent se présenter à l'orifice utérin dans le cours du travail, et quelles sont celles que leur forme particulière doit en exclure, afin de déterminer d'après le nombre des premières celui des présentations qui doivent être admises ; car à ce titre tous les points différens imaginables sur la surface du fœtus auraient un droit égal à constituer une présentation, puisqu'il n'en est aucun, nous l'avons dit, qui ne puisse se trouver en rapport avec l'orifice utérin et le détroit abdominal. Mais la question réelle est de savoir quelle sera l'étendue et comment seront déterminées les limites de chaque région de la surface du fœtus dont la présence à l'entrée du bassin pourra constituer une présentation ; nous allons nous expliquer : donnera-t-on le nom de présentation à la présence de toute partie du fœtus que l'on pourra sentir avec le doigt à travers un orifice utérin peu ou médiocrement dilaté ? Ou bien devra-t-on comprendre dans l'idée d'une présentation une région du fœtus beaucoup plus étendue, toute celle, par exemple, qui se trouvera en rapport avec le détroit supérieur, que tous les points de cette région soient ou non accessibles au doigt ? Si l'on adopte le premier de ces procédés, le nombre des présentations sera fort grand, car il y en aura autant que l'on pourra se représenter de régions différentes d'un à deux pouces de diamètre, par exemple, sur toute la surface du fœtus ; nous avons rappelé que c'est celui qu'avaient adopté les anciens accoucheurs, puisqu'il leur suffisait qu'un pied, un genou, une main, la tubérosité occipitale, la nuque, le dos, la hanche, etc., pussent être reconnus à travers l'orifice de l'utérus pendant le travail, pour que chacun de ces faits fût considéré comme une présentation, et il est facile de voir que Solayrès et Baudelocque ne firent que régulariser ces idées. Si, au contraire, à l'exemple de M^{me} Lachapelle, de mon père et de beaucoup d'autres accoucheurs sans doute, l'on n'applique l'expression de présentation qu'à la présence d'une région de la surface du fœtus assez considérable pour occuper tout le détroit abdominal ; si d'un autre côté l'on rattache tous les rapports possibles et différens de la région qui se présente, avec le contour du détroit abdominal à un petit nombre d'éléments fondamentaux dont le choix sera d'accord avec les lois qui régissent le mécanisme de l'accouchement, alors le nombre des présentations et des positions sera beaucoup plus restreint, l'esprit des élèves les saisira et les retiendra beaucoup mieux, et cette réduction satisfera parfaitement à toutes les exigences de la théorie et de la pratique.

D'après ces idées, nous distinguerons chez le fœtus trois régions principales, savoir : 1^o la tête ou extrémité céphalique ; 2^o le pelvis ou extrémité pelvienne ; 3^o le tronc. Cette division servira de base à celle des présentations ; ainsi nous n'admettrons que trois genres de présentations fondamentales ; 1^o des présentations de l'extrémité céphalique ; 2^o des présentations de l'extrémité pelvienne ; 3^o des présentations du tronc.

Cependant quand l'extrémité céphalique se présente à l'entrée du bassin elle est ordinairement fléchie, mais quelquefois elle est étendue ; dans le premier cas c'est la région syncipitale qui descend la première et qui est seule accessible au toucher ; dans le second, c'est au contraire la face qui tend à s'engager d'abord et dont les caractères sont en général facilement appréciés par le doigt. Les présentations de la tête comprennent donc des présentations du sommet et des présentations de la face.

Quand l'extrémité pelvienne se présente (et nous entendons par cette expression l'ensemble des parties qui constituent cette extrémité de l'ovoïde fœtal, c'est-à-dire les fesses et les membres abdominaux réunis), tantôt toutes ces diverses parties s'engagent à la fois ; tantôt soit pendant le cours même du travail, soit avant, les membres abdominaux se relèvent et s'étendent sur la région antérieure de l'enfant, et les fesses restent seules au détroit supérieur ; d'autres fois les fesses s'éloignent ou sont primitivement éloignées du centre du détroit et les pieds séparés des fesses et plus rapprochés de l'orifice utérin s'y engagent et descendent les premiers ; enfin dans quelques cas qui sont beaucoup plus rares, les membres abdominaux se défléchissent partiellement, les cuisses seules quittent la partie antérieure de l'abdomen, les jambes restant d'ailleurs fléchies sur les cuisses, et ce sont les genoux qui s'offrent et descendent les premiers.

Presque tous les accoucheurs ont vu dans ces circonstances diverses des présentations distinctes auxquelles ils ont donné les noms de présentations des fesses, des pieds et des genoux, et dont ils ont décrit le mécanisme séparément ; notre opinion diffère à cet égard de la leur en ce que nous ne voyons dans ces diverses circonstances que des moyens ou des modes différens dont la nature se sert pour expulser l'enfant quand il se présente par l'extré-

mité pelvienne, et que nous comprenons; par conséquent, sous une seule dénomination, celle de présentation de l'extrémité pelvienne, leurs présentations des fesses, des pieds et des genoux. Il sera plus tard bien facile de reconnaître combien cette manière d'envisager les présentations dont nous venons de parler apporte de simplicité et de clarté dans la description du mécanisme de l'accouchement naturel.

Avant d'aller plus loin il est indispensable de fixer avec précision les limites des régions du fœtus que nous comprenons dans cette double expression d'extrémité céphalique et d'extrémité pelvienne.

Quand la tête ou le pelvis fœtal se présentent au détroit supérieur, ces parties s'y offrent ordinairement d'aplomb, c'est-à-dire que le grand diamètre du fœtus, celui qui s'étend du coccyx au sineiput, est à peu près parallèle à la direction de l'axe du détroit supérieur, de sorte que la suture sagittale et la partie supérieure des deux pariétaux dans les présentations du sommet de la tête, le nez, la bouche et les joues dans les présentations de la face, enfin le sillon qui sépare les fesses, une égale portion de celles-ci, l'anus et les parties génitales, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, occupent le centre du détroit supérieur.

Mais ni le sommet, ni la face, ni l'extrémité pelvienne ne se présentent toujours aussi franchement au détroit abdominal pour le franchir; ces parties, soit que le fœtus en raison de son petit volume ou d'un grand développement de la cavité utérine et de la mobilité qui résulte de l'un ou de l'autre de ces causes, se trouve plus ou moins fortement incliné, soit que son attitude naturelle soit accidentellement altérée, ce qui est assez fréquent, ces parties, disons-nous, se présentent quelquefois dans une situation plus ou moins oblique, et il résulte alors de cette disposition défectueuse que si c'est le sommet qui tend à se présenter et si l'inclinaison du fœtus a lieu sur sa région antérieure, ce sera le sommet, sans doute, mais avec lui le front qui descendra dans l'excavation; si l'inclinaison est postérieure, au lieu du front ce sera la région occipitale et même la nuque qui se présenteront avec une partie du sommet; que si l'inclinaison est latérale, on pourra reconnaître en même temps que le sommet, l'un des côtés de la tête, caractérisé surtout par la présence de l'oreille, et dans quelques cas beaucoup plus rares, une petite portion de la région latérale du cou; la présence inaccoutumée de ces régions de la tête au détroit abdominal n'ôte pas à ces présentations le caractère de présentations du sommet, mais ce sont des présentations défectueuses ou irrégulières; les contractions utérines, la marche naturelle et régulière du travail les convertissent presque toujours graduellement plus tôt ou plus tard en des présentations régulières ou franches.

La remarque que nous venons de faire relativement aux présentations du sommet, peut également s'appliquer aux présentations de la face; les mêmes causes peuvent incliner le fœtus ou changer son attitude et par conséquent avoir pour résultat une présentation défectueuse de la face au détroit abdominal, ainsi suivant la cause et la direction de l'inclinaison fœtale, la face

pourra tendre à s'engager avec le front ou au contraire avec le menton, et même une partie de la région cervicale antérieure, ou enfin avec une des joues et la région latérale correspondante du cou; ces irrégularités pas plus que les précédentes n'ôtent à la présentation son caractère essentiel, c'est toujours une présentation de la face, mais irrégulière, mais défectueuse, les résultats n'en seront pas changés pour cela, du moins dans le plus grand nombre de cas.

Les présentations de l'extrémité pelvienne, enfin, peuvent offrir et offrent assez souvent les mêmes irrégularités; aussi n'est-il pas rare de voir le fœtus, ou assez incliné sur sa région postérieure pour que la partie postérieure du pelvis et le voisinage des lombes soient accessibles au détroit abdominal, ou assez incliné dans le sens opposé, pour que le devant des jambes, et celles-ci étant accidentellement écartées, les parties génitales, le pubis et la région inférieure de l'abdomen occupent presque le centre de l'entrée du bassin, ou enfin assez obliquement couché sur l'une de ses régions latérales pour qu'une des fesses, le côté correspondant du bassin et la hanche même se présentent au lieu que devraient occuper les deux fesses réunies. Ces inclinaisons anormales n'ôtent pas à ces présentations le caractère de présentations de l'extrémité pelvienne, mais comme les précédentes ce sont des présentations irrégulières et défectueuses.

De tout ce qui précède il résulte en définitive qu'il faut distinguer :

1^o Des présentations du sommet régulières ou franches, des présentations irrégulières ou défectueuses, caractérisées, si l'on veut, par les expressions de frontales, occipitales, pariétales.

2^o Des présentations de la face régulières ou franches, des présentations de la face irrégulières ou défectueuses, caractérisées par les expressions de frontales, mento-cervicales, molaires.

3^o Des présentations de l'extrémité pelvienne régulières ou franches, des présentations de l'extrémité pelvienne irrégulières ou défectueuses, savoir des présentations sacrales, pubiennes, coxales.

Ainsi nous rattachons à des présentations de l'extrémité céphalique non seulement les présentations franches du sommet et de la face, mais encore celles de l'occiput et de la nuque et une petite partie de celles du devant du cou et des régions latérales de la tête ou du cou qui appartiennent à la classification de Baudelocque.

Nous rattachons de même aux présentations de l'extrémité pelvienne une partie de celles des lombes, celles du devant des cuisses et du bassin, enfin celles des hanches adoptées par le même accoucheur. Ainsi toute la surface du fœtus comprise depuis le sineiput jusqu'aux épaules appartient aux présentations céphaliques, toute la surface du fœtus comprise entre le sommet des fesses et les hanches appartient aux présentations pelviennes. Nous avons donc rempli la condition que nous nous étions imposée, celle de déterminer les limites des régions céphaliques et pelviennes considérées dans leurs rapports avec les présentations.

Maintenant si par la pensée l'on distrait du fœtus les deux régions obstétricales dont nous venons de parler, il est aisé de voir que ce qui reste se borne au tronc ou au torse, c'est-à-dire à une sorte de tronçon (qu'on nous pardonne l'expression) compris entre les hanches d'une part et les épaules de l'autre; quand cette partie du fœtus vient accidentellement s'offrir au détroit supérieur elle répond presque constamment à cette ouverture par un de ses côtés; cette vérité, sur laquelle aucun doute ne saurait être établi, doit conduire à une division naturelle du tronc fœtal en deux moitiés latérales, chacune d'elles comprenant l'épaule, le côté de la poitrine et le flanc ou le côté proprement dit, et de plus, la moitié correspondante de la région antérieure de la poitrine et de l'abdomen, la moitié correspondante du dos et des lombes. Chacune de ces parties que nous désignerons par le nom de région latérale du fœtus peut s'offrir au détroit supérieur; de là deux sortes de présentations du tronc, savoir: *des présentations de la région latérale droite et des présentations de la région latérale gauche du fœtus*; en général dans ces sortes de présentations la disposition même des parties du fœtus et surtout les changemens que sa forme subit sous l'influence des contractions utérines après la rupture des membranes et l'écoulement d'une partie du liquide amniotique, ces raisons font que quand une des régions latérales se présente au détroit supérieur, c'est presque toujours l'épaule qui répond à peu près au centre de cette ouverture, et la connaissance de ce fait avait conduit M^{me} Lachapelle à désigner toutes ces présentations par l'expression de présentations de l'épaule. Si est vrai que l'épaule est presque toujours au détroit supérieur, il est également vrai qu'elle en est quelquefois assez éloignée pour que le côté de la poitrine ou de l'abdomen soient les signes caractéristiques de la présentation, mais il est vrai surtout que le côté de la poitrine n'y manque jamais. Il nous a paru convenable de prendre pour terme de désignation une surface du fœtus plus étendue qui soit toujours présente au détroit abdominal et dont les signes caractéristiques sont de toute évidence dans les présentations qui nous occupent, lorsque la présence de l'épaule ou même la sortie d'un bras n'éclaircit pas tout d'abord le diagnostic.

Les présentations des régions latérales du tronc peuvent être franches ou régulières, et elles le sont quand l'épaule ou le côté de la poitrine et de l'abdomen répondent en plein au détroit abdominal; mais elles peuvent être irrégulières, et c'est ce que l'on voit quand le fœtus étant renversé plus ou moins sur la région postérieure c'est la région dorsale ou lombaire qui occupe en grande partie le détroit supérieur, ou bien, ce qui est plus rare, lorsque renversé sur la région antérieure c'est le devant de la poitrine ou de l'abdomen qui s'atteignent et se reconnaissent avec plus de facilité. C'est certainement à de semblables irrégularités que doivent appartenir, comme l'a fait remarquer M^{me} Lachapelle avec beaucoup de raison, les présentations du dos, des lombes, du devant de l'abdomen ou de la poitrine, dont les exemples se trouvent dans les anciens recueils d'observa-

tions. Ainsi nous admettons deux seules grandes présentations du tronc, des présentations de la région latérale droite et des présentations de la région latérale gauche; les unes sont franches ou régulières, les autres irrégulières, dorsales ou lombaires, sternales ou abdominales.

Nous avons donné quelque importance à la distinction des présentations céphaliques et pelviennes en régulières et irrégulières; cette importance est fondée sur des raisons faciles à apprécier, car, d'une part, ces irrégularités altèrent les signes caractéristiques ordinaires de ces présentations, et, d'une autre part, bien qu'elles n'influent pas en général sur le mécanisme de l'accouchement naturel, il peut cependant arriver qu'elles deviennent causes de difficultés qu'il peut être bon de prévoir et qu'il est quelquefois possible de prévenir, auxquelles enfin il peut devenir nécessaire de remédier. Mais nous sommes loin d'attacher la même valeur à la distinction des présentations du tronc en régulières et irrégulières, parce qu'ici la régularité et l'irrégularité ne sauraient avoir une influence bien notable ni sur les difficultés de l'expulsion naturelle qui sont presque toujours aussi grandes, ni sur les indications qui sont toujours les mêmes et que ces irrégularités modifient très-peu. Il nous a toutefois paru convenable d'indiquer ces variétés, car elles sont la confirmation d'une vérité sur laquelle nous avons insisté en commençant, c'est qu'il n'est aucun point de la surface du fœtus qui ne se puisse présenter au détroit abdominal et y être reconnu par le toucher. Cette indication d'ailleurs peut éviter quelques erreurs de diagnostic, et sous ce rapport cela n'est pas sans quelque utilité. En résumé, nous admettons trois sortes de présentations.

1^o Des présentations de l'extrémité céphalique, lesquelles comprennent des présentations du sommet et des présentations de la face, les unes franches, les autres irrégulières ou défectueuses.

2^o Des présentations de l'extrémité pelvienne, lesquelles comprennent les présentations des pieds, des fesses et des genoux de la plupart des accoucheurs; ces dernières n'étant regardées par nous que comme des variétés du mode d'expulsion, les présentations de l'extrémité pelvienne comme celles du sommet et de la face sont régulières ou irrégulières.

3^o Des présentations du tronc, lesquelles comprennent des présentations de la région latérale droite et des présentations de la région latérale gauche, régulières ou irrégulières.

Lorsque le fœtus se présente à l'entrée du bassin par l'une des régions que nous avons indiquées, ses rapports avec ce canal et avec la matrice dans laquelle il est renfermé sont loin, comme on le pense bien, d'être toujours les mêmes. Si c'est la tête qui occupe le détroit supérieur (nous avons pris cet exemple comme étant le plus commun), on conçoit que cette circonstance reconnue ne démontre encore qu'une partie des rapports du fœtus, c'est-à-dire ceux de chacune de ses extrémités céphalique ou pelvienne avec la cavité ovoïde dans laquelle il est renfermé; mais jusque là les rapports des régions antérieure, postérieure et latérale de l'enfant avec les divers points de l'utérus nous

sont inconnus : eh bien, ce sera par la situation particulière de la tête, à l'égard du contour du détroit abdominal, que ces rapports nous seront révélés. On comprend, dès-lors, l'importance que les accoucheurs ont attachée à la connaissance précise de cette situation, et le soin qu'ils ont mis à classer ces différences et à les exprimer par des dénominations particulières. Cette brève explication nous conduit naturellement à l'étude de ce que nous appelons les positions du fœtus. Nous avons ici, comme dans le sujet précédent, une importante réforme à faire.

Nous avons vu que presque tous les accoucheurs se sont accordés à diviser isolément le bassin en deux moitiés, une antérieure et l'autre postérieure, et à prendre sur chacune de ces deux moitiés deux ou trois points de reconnaissance. Nous rappellerons plus tard qu'ils y avaient été conduits sans doute par les idées qu'ils avaient adoptées sur le mécanisme de l'accouchement naturel. Nous pensons, en nous fondant sur une expérience dont les résultats sont contraires à l'opinion générale, que, pour la classification des positions, le bassin doit être divisé en deux moitiés latérales, l'une gauche, l'autre droite : ces deux moitiés seront, sur le détroit supérieur, nos seuls points de reconnaissance. Dans les présentations du sommet, franches ou régulières, l'occiput est en rapport avec la moitié gauche, ou avec la moitié droite du détroit abdominal : de là deux positions, une occipito-latérale droite, l'autre occipito-latérale gauche. Il n'est pas douteux que l'occiput ne puisse se trouver en contact avec tous les points imaginables sur chacune de ces moitiés ; mais ces rapports constituent seulement des nuances infinies d'une même position, lesquelles nuances ne changent rien à l'uniformité des lois générales qui régissent la marche de la tête à travers le bassin. Cette possibilité de nuances infinies doit être dans la pensée, mais elle ne mérite pas d'entrer comme un des éléments importants de notre classification.

Cette même règle doit s'appliquer à l'étude des positions de la face, tantôt le menton est en rapport avec la moitié latérale droite, tantôt avec la moitié latérale gauche du détroit abdominal : ainsi deux positions, mento-latérale droite, mento-latérale gauche. M^{me} Lachapelle n'en avait pas admis d'autres, bien qu'elle sût parfaitement que les rapports du menton avec la moitié droite ou gauche du détroit abdominal pouvaient offrir des variétés infinies ; elle avait, sans aucun doute, pour n'admettre que ces deux positions les mêmes bonnes raisons qui nous conduisent à n'en admettre que deux pour les présentations du sommet.

Les présentations de l'extrémité pelvienne, soit régulières ou irrégulières comme les précédentes, comprennent deux positions, sacro-latérale gauche et sacro-latérale droite. Les raisons qui nous ont engagé à restreindre à deux le nombre des positions du sommet et de la face, raisons que nous développerons en exposant le mécanisme de l'accouchement naturel, ces raisons sont peut-être ici plus puissantes encore que pour les présentations précédentes.

Enfin, les présentations des régions latérales du tronc, régulières ou non, comprennent deux

positions, une céphalo-latérale gauche, l'autre céphalo-latérale droite.

Ainsi, pour nous résumer :

Présentations du sommet, régulières ou irrégulières, deux positions,

- 1^o Occipito-latérale gauche ;
- 2^o Occipito-latérale droite.

Présentations de la face, deux positions,

- 1^o Mento-latérale droite ;
- 2^o Mento-latérale gauche.

Présentations de l'extrémité pelvienne, deux positions,

- 1^o Sacro-latérale gauche ;
- 2^o Sacro-latérale droite.

Présentations de la région latérale droite, deux positions,

- 1^o Céphalo-latérale gauche ;
- 2^o Céphalo-latérale droite.

Présentations de la région latérale gauche, deux positions,

- 1^o Céphalo-latérale gauche ;
- 2^o Céphalo-latérale droite.

PAUL DUBOIS, professeur à l'hospice de la Maternité.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. DUPUYTREN.

DES CORPS OU POLYPES FIBREUX DE LA MATRICE.

Les tumeurs fibreuses de la matrice sont-elles héréditaires ? Nous avons vu opérer par M. Dupuytren une jeune fille qui avait un polype fibreux de la matrice ; la mère de cette malade avait pour la même maladie subi la même opération trois ans auparavant. Depuis ce temps, M. Dupuytren a encore guéri deux sœurs qui toutes deux avaient un polype fibreux.

Madame D...., demeurant rue Montmartre, en face le marché Saint-Joseph, âgée de trente-trois ans, d'une bonne constitution, se maria à l'âge de dix-huit ans, et eut six enfans, le dernier il y a sept ans, et depuis trois fausses couches. La santé de madame D. avait été parfaite jusqu'à trente ans, mais alors elle commença à éprouver des douleurs dans les reins, des pertes en blanc, de la difficulté à aller à la garde-robe ; ses incommodités allèrent en augmentant et la forcèrent bientôt à demander des conseils. Un grand nombre de médecins furent appelés, les uns attribuèrent ses indispositions à un abaissement de la matrice, d'autres à un ulcère, etc. Fatigué de toutes ces incertitudes, M. Gardien adressa la malade à M. Dupuytren, qui, après l'avoir touchée, reconnut un polype fibreux pédiculé et inséré au col de la matrice ; il proposa l'excision ; la malade y consentit, et le 20 octobre 1828 elle fut opérée. Assisté par M. Gardien et moi, M. Dupuytren plaça madame D...., sur le bord de son lit, les cuisses écartées, fléchies et soutenues ; à l'aide de plusieurs pinces de Museux, il amena tout-à-fait la tumeur à l'extérieur, de manière à ce que nous pûmes voir le pédicule, et il le coupa à l'aide de forts ciseaux courbés sur

leur plat ; il n'y eut ni écoulement de sang, ni accidens nerveux ou inflammatoires, et en quelques jours la malade fut complètement rétablie.

Madame R..., sœur de madame D..., d'un tempérament lymphatique, âgée de trente-deux ans, toujours bien réglée, ayant eu deux enfans, le dernier il y a quatre ans, éprouva il y a dix-huit mois un sentiment de gêne et de pesanteur dans le vagin ; bientôt des pertes en blanc et plus tard en rouge survinrent ; ces pertes étaient abondantes, elles se renouvelaient fort souvent, et conduisirent en peu de temps la malade à un état de faiblesse extrême ; M. Gardien son accoucheur fut demandé ; il la toucha et reconnut l'existence d'un polype. Instruite et encouragée par l'exemple de sa sœur, elle se rendit à la maison de santé de M. Cartier, où M. Dupuytren l'opéra : quand nous la vîmes, elle était dans l'état suivant :

Tumeur dans le vagin, dure dans quelques points et surtout vers son insertion, ramollie et ulcérée à l'endroit qui est vers l'extérieur, et répandant une matière séreuse et fétide. Épuisée par des écoulemens en rouge, la malade est pâle, bouffie, comme transparente, son pouls est petit, faible. Décidée à se faire débarrasser de son mal, elle fut opérée le lendemain de son arrivée, c'est-à-dire le 21 septembre 1829.

Placée sur un lit comme pour l'opération de la taille, M. Dupuytren introduisit l'indicateur de la main gauche dans le vagin, arriva jusqu'à la tumeur et guida sur lui une pince de Museux qu'il implanta dans le polype. Faisant alors de légères traactions, la pince lâcha parce que cette portion était ramollie, mais il la porta plus haut, attira doucement la tumeur en bas, puis en plaça une seconde, une troisième, amena enfin le pédicule qu'il coupa à l'aide de ses forts ciseaux courbés sur le plat.

Quelques minutes suffirent pour cette opération. La malade ne perdit pas de sang, aucun accident ne survint, mais la convalescence fut lente, parce que la malade était arrivée au dernier degré d'affaiblissement.

La tumeur est fibreuse, elle a le volume du poing, et, comme le toucher l'avait indiqué, elle est ramollie et dégénérée à sa partie inférieure, dépourvue par conséquent de son enveloppe extérieure, dont l'érosion, en mettant les vaisseaux à découvert, fournissait les écoulemens de sang.

J'ai revu la malade depuis ; sa guérison ne s'est pas démentie, mais, chose assez curieuse à noter, c'est que depuis son opération elle, a eu deux fausses couches, et que chez sa sœur, les fausses couches ont précédé la formation ou coïncidé avec le développement du polype. Malgré ces faits, nous ne pourrions tout au plus admettre que la disposition organique qui a amené le développement de ces tumeurs fibreuses chez les ascendantes, en se transmettant par voie héréditaire, a pu y disposer les descendantes ; c'est ce que l'on voit dans beaucoup d'autres cas où la disposition peut être héréditaire, mais non la maladie.

Les corps fibreux de l'utérus donnent lieu à des symptômes très différens, suivant qu'ils sont développés et qu'ils restent dans l'épaisseur des parois de l'utérus, qu'ils font saillie dans la ca-

vité abdominale, qu'ils se dirigent vers la cavité utérine, et qu'alors ils dilatent le col, descendent dans le vagin, ou sortent de la vulve.

Dans les premiers temps du développement des tumeurs fibreuses, il n'y a aucun dérangement dans la santé, la malade ne s'aperçoit point de son mal ; d'autres fois les menstrues sont irrégulières, plus longues, plus rapprochées, un écoulement sanieux ou sanguinolent les précède, et les suit le plus souvent ; il y a douleur dans l'utérus, les aines, les lombes, les cuisses, les fesses ; il survient des écoulemens blancs qui alternent avec des hémorrhagies ou pertes utérines.

Lorsque le polype commence à dilater le col de l'utérus, ces derniers symptômes sont plus constans et plus complets encore ; les tiraillemens et les douleurs des reins augmentent. Il s'y joint de la pesanteur au fondement, de la constipation, un peu de gêne, un sentiment de pression et de gêne dans la partie supérieure du vagin. Quelquefois cependant, la femme n'éprouve aucune souffrance. Le col de l'utérus se trouve quelquefois tellement rigide, ou le polype tellement volumineux, que la maladie reste à cette seconde période, et que le passage dans le vagin devient impossible. La matrice se dilate alors de plus en plus, le ventre grossit, les mamelles se gonflent, et on peut croire souvent, dans ces cas, à une grossesse.

Dans d'autres circonstances, la descente du polype dans le vagin est brusque, et est puissamment secondée par une chute, un effort. D'autres fois, elle est lente et accompagnée d'efforts d'expulsion semblables à ceux de l'accouchement. Dans quelques cas même, on a vu des corps fibreux de la matrice, peu volumineux, être complètement détachés par suite de ces contractions et expulsés comme des caillots de sang. M. Cruveilhier en rapporte un exemple fort remarquable dans son ouvrage d'anatomie pathologique. Une jeune femme fut prise dix-neuf jours après un accouchement, de douleurs absolument semblables à celles de l'enfantement, et qui firent croire, un instant, à une superfétation. Après trois jours de phénomènes tellement graves qu'on désespérait de sa vie, la malade rendit trois corps consistans, aplatis, que l'on envoya à M. Cruveilhier pour avoir son avis. Ce professeur reconnut des corps fibreux altérés. La malade se rétablit très-bien. En effet, l'utérus, dans lequel s'est développé un corps fibreux, tend à s'en débarrasser : de là les douleurs lombaires et hypogastriques semblables à celles de l'enfantement, douleurs qui se renouvellent à des périodes plus ou moins longues, et qui se calment par le repos, les saignées, les émoulliens. Il y a, sous le rapport des douleurs et par conséquent des contractions expulsives, des différences énormes entre les divers individus. Il n'est pas rare, en effet, de trouver des cas de tumeurs fibreuses très-volumineuses exemptes de semblables douleurs, tandis que, par opposition, de très petites sont souvent la source de très grandes incommodités. Ces efforts d'expulsion sont quelquefois accompagnés de pertes considérables.

Il y a huit ou dix ans, M. Dupuytren fut consulté par la femme du concierge du Conservatoire des Arts et Métiers à Paris, rue Saint-

Martin. Le ventre de cette femme était très volumineux. A chaque période menstruelle, elle éprouvait des douleurs vives et des contractions utérines tout-à-fait semblables à celles de l'accouchement. Ces douleurs n'avaient aucun résultat; au bout de quelques jours, elles cessaient; la malade se sentait alors soulagée; mais le volume du ventre, quoique diminué, persistait encore. Les mêmes accidens se renouvelaient chaque mois. M. Dupuytren toucha cette femme pendant la durée de ces contractions, et il reconnut que le col de l'utérus était entr'ouvert; une tumeur arrondie et dure se trouvait au centre. Quelques jours après, les douleurs cessèrent, le col se resserra, et le ventre demeura presque aussi volumineux et aussi incommode. Il s'agissait d'un polype fibreux renfermé dans la cavité même de la matrice.

L'incision du col de l'utérus, pour donner une issue plus facile à ces polypes, pour pouvoir soit les lier ou les extirper, semble un moyen tout naturel à employer. Aussi M. Dupuytren l'a-t-il employé quelquefois avec succès.

Il y a plusieurs années, ce professeur fut appelé auprès d'une jeune marchande de modes de la rue Castiglione, qui éprouvait de vives douleurs dans l'utérus. Le col de cet organe était entr'ouvert. Au centre, il trouva un corps lisse et arrondi qui lui sembla être la cause des douleurs, à l'approche et pendant la durée des règles, et des pertes en rouge et en blanc pendant leur intervalle. Ce corps fut saisi à l'aide d'une airigne. M. Sanson, qui aidait M. Dupuytren, exerçait de fortes tractions dessus. M. Dupuytren en exerçait de son côté avec de fortes pinces de Museux. Tous ces efforts furent inutiles. M. Dupuytren se décida alors à faire une incision sur le col de la matrice; le polype alors put sortir très aisément. L'excision en fut faite, et la malade, qui guérit très bien, eut depuis plusieurs enfans. Chez une autre dame, M. Dupuytren employa ce moyen avec le même succès. Mais chez la femme d'un cordonnier, cette incision ne réussit pas. Le polype ne put pas descendre malgré les fortes tractions que l'on exerça dessus.

Ne pourrait-on pas, dans ces cas, faire usage de cette substance, qui a, dit-on, la propriété d'exciter énergiquement les contractions de l'utérus, du seigle ergoté, en un mot? N'aiderait-elle pas la matrice à expulser le polype?

M. le docteur Grifth dit avoir obtenu la séparation d'un polype par l'emploi du seigle ergoté. Ce polype, dit-il, fut si vivement serré par les contractions du col de la matrice qu'il céda.

Au surplus, l'incision du col de l'utérus est peu grave par elle-même; on l'emploie avec avantage contre les squirrhosités du col, qui ne lui permettent pas de se dilater pour l'accouchement. On peut l'employer aussi contre les simples rigidités du col. Sur une malade auprès de laquelle M. Dupuytren fut appelé, et qui, depuis trois jours, était en mal d'enfant, sans voir son travail avancer, à cause de l'extrême rigidité du col, qui permettait à peine d'introduire l'extrémité du doigt indicateur, M. Dupuytren pratiqua trois ou quatre incisions sur le col, et, au bout de trois ou quatre heures, l'accouchement fut terminé.

Quelque temps auparavant, M. Dupuytren avait été moins heureux. Une dame, atteinte de la même affection que la précédente, était en travail depuis sept à huit jours, et sans plus de succès. Il proposa l'incision du col. L'accoucheur de cette dame n'y consentit pas. Une troisième personne fut appelée, et se rangea de l'avis de l'accoucheur; on le suivit. La mère et l'enfant périrent. Que pourrait-il arriver de plus fâcheux par l'incision du col?

Quand un polype fibreux a franchi la cavité du col de l'utérus, et qu'il est dans la cavité du vagin, il pèse davantage sur la vessie, le rectum, le périnée. Il nuit à l'écoulement des urines, à la défécation, à la station assise; les pertes de sang augmentent, les écoulemens blancs sont plus abondans; et enfin, si la tumeur fait saillie à la vulve, ou la franchit, on conçoit plus facilement quels inconvéniens elle entraîne. Souillée continuellement par les urines et les matières fécales, elle s'irrite, s'enflamme, et dégénère facilement, et la vie des malades se termine comme dans le cas de cancer de la matrice elle-même. Malgré ces incommodités si cruelles, on a vu encore des femmes concevoir lorsque le coït était encore possible. Mais ordinairement, dans ces cas, l'avortement a lieu, et même de bonne heure; ou, si l'accouchement se fait à terme, la contraction de la matrice se faisant difficilement, il en résulte des hémorrhagies très graves, et même mortelles.

Chaussier a vu un polype volumineux retrécir tellement le détroit supérieur du bassin que la tête du fœtus en fut écrasée au passage.

Les polypes du col de l'utérus présentent les mêmes symptômes que les polypes du corps, et leur histoire est la même que celle de ces derniers lorsqu'ils sont descendus dans la cavité du vagin; seulement les écoulemens de sang sont moins fréquens que lorsque les polypes naissent de la cavité utérine.

Les polypes ou corps fibreux de l'utérus peuvent être confondus avec un grand nombre d'affections de cet organe, comme la descente complète ou incomplète, le renversement complet ou incomplet, une grossesse commençant, un cancer, etc., etc. Quand le polype franchit le col utérin, et qu'il s'y joint de vives douleurs, on pourrait croire à un accouchement commençant.

Herbiniaux cite un cas où une sage-femme et deux accoucheurs y furent trompés; l'un d'eux même appliqua les crochets.

Mais c'est principalement avec les cancers du col que les polypes devenus eux-mêmes cancéreux, ont pu être confondus.

Quand le polype est renfermé complètement dans la matrice, le toucher n'apprend rien; tout au plus, entre la main gauche et le doigt qui touche, pourrait-on balloter et sentir une tumeur, mais on ne saurait en assigner la nature ni la forme.

Quand elle fait saillie à travers le col, on peut la sentir, et juger si elle vient du rebord du col utérin, ou de la cavité du col, ou de la cavité utérine; le doigt manœuvre avec facilité, et peut sentir à côté de l'orifice libre, une des deux lèvres occupée par une tumeur pédiculée ou non; ou les deux lèvres libres, l'orifice bouché par le polype; et enfin, en glissant le doigt dans l'ou

verture, on parvient assez souvent à reconnaître si le pédicule s'attache plus ou moins haut.

Quand le polype remplit le vagin largement distendu, le toucher est plus délicat et plus difficile; il faut circonscrire avec la pulpe du doigt le pédicule de la tumeur : si l'on sent tout autour une rainure circulaire dans laquelle le doigt ou un instrument explorateur puisse pénétrer, et autour de cette rainure le col utérin dilaté, mais dont les bords sont libres, on reconnaît bien que la tumeur vient de l'utérus; si, au contraire, l'orifice est libre, qu'une de ses lèvres soit continue au pédicule, ce sera un polype du col.

Mais ce toucher n'est pas toujours facile. Quelquefois la tumeur remplit tellement le vagin que le doigt ne peut pas tourner à volonté autour du pédicule. La tumeur retenue dans le vagin par la vulve, repousse en haut l'utérus, et c'est alors qu'il faut presser sur l'hypogastre pour abaisser cet organe et pouvoir atteindre son col. On peut suivre avec avantage le conseil donné par *Levret* d'introduire le doigt immédiatement sous la symphyse pubienne; là en effet la distance entre la vulve et le col de la matrice est moindre; en outre la femme étant couchée, le polype par son propre poids appuie en arrière, et laisse plus libre la partie antérieure. On a encore vu des polypes figurés en champignon ou de toute autre manière, mettre un obstacle insurmontable à ce que le doigt approchât du col de l'utérus; dans ce cas on pourrait suivre encore le conseil donné par *Levret* et qui est de saisir le polype avec un forceps, et de le faire descendre jusques à la vulve; et on peut alors procéder au diagnostic et à l'opération.

Un polype offre quelquefois à la vulve son extrémité conique; quelquefois dans ce point-là se présente un trou, un orifice à la partie inférieure, ce qui peut le faire confondre avec le col utérin. Nous avons vu plus haut l'erreur qui a été commise par M. *Velpeau*, et qui a été si préjudiciable, erreur que ce chirurgien avoue d'ailleurs avec toute la candeur possible.

Les polypes fibreux descendus dans la cavité du vagin, peuvent donner lieu à une autre erreur de diagnostic aussi préjudiciable pour les malades. C'est ainsi qu'en touchant les femmes affectées d'un polype avec un commencement de désorganisation cancéreuse, des praticiens prenant la tumeur pour le col de l'organe, ont prononcé qu'il y avait affection incurable du col et du corps de la matrice. Cette erreur de diagnostic provient de ce qu'au lieu de porter le doigt tout autour de la tumeur qui est dans le vagin, on se contente de le porter sur la première partie qui se présente, tandis qu'il devient absolument nécessaire pour se préserver de cette méprise de le porter le plus haut possible, et l'on sent dans ce cas, ou le col de l'utérus qui embrasse la tumeur, ou l'insertion du pédicule de celle-ci dans un point quelconque de la cavité de cet organe. Quand on ne se comporte pas de cette manière et qu'on se contente d'un examen superficiel, on s'expose à laisser périr les femmes qui auraient pu être sauvées à l'aide d'une opération ordinairement sans danger. Plusieurs faits de cette nature ont été observés par M. Dupuytren.

Une dame affectée d'écoulemens fétides, alternativement blancs et rouges, de douleurs aux reins, aux aïnes, vint consulter un des plus célèbres praticiens de Paris. Celui-ci la toucha, trouva dans le vagin une tumeur ramollie, ulcérée, et déclara qu'il y avait un cancer au col de l'utérus. Il annonça même à son mari que sa femme n'avait pas trois mois à vivre.

Une consultation écrite fut donnée par ce praticien. Des motifs que nos lecteurs concevront facilement nous empêchent de donner le nom du praticien. Cette consultation datée de 1819.

M. *Dupuytren*, consulté à son tour, examina la malade, trouva dans le vagin une tumeur ulcérée, ramollie, dégénérée; faisant tourner son doigt autour de cette tumeur et le portant le plus haut possible, il pénétra dans l'intérieur du col, reconnut le pédicule de la tumeur, et le lieu de son implantation, il déclara que cette dame pouvait être guérie par une opération, c'est-à-dire par l'excision. La malade s'y soumit. Elle fut débarrassée de sa tumeur, qui était très volumineuse, et était guérie au bout de quelques jours.

Madame L..., âgée de trente-sept ans, d'une constitution lymphatique détériorée par plusieurs années de souffrances et par des pertes abondantes, a été réglée à quatorze ans.

Mariée à vingt-deux ans, madame L... devint mère un an après. Elle conserva une assez bonne santé pendant les dix ou douze premières années de son mariage; seulement elle avait des fleurs blanches abondantes, et des pertes en rouge de temps à autre.

Au mois de décembre 1816, madame L... consulta M. le docteur C.; il toucha la malade, et crut reconnaître un prolapsus de la matrice; il fit porter un pessaire qui ne put être supporté: on en cessa l'usage au bout de trois jours.

Dans le courant de février 1817, M. F. fut appelé. La malade éprouvait toujours des tiraillemens vers les organes génitaux; dès écoulemens en blanc auxquels succédaient des pertes en rouge très abondantes; les règles revenaient à leur époque, mais elles étaient précédées par d'affreux maux de reins. Le traitement prescrit se composa de demi-bains, d'injections, du repos au lit.

L'état de la malade ne s'améliorant pas, M. le professeur D. fut consulté, toucha la malade, dit qu'elle n'avait rien du tout, qu'il était inutile de rester au lit, et qu'elle pouvait marcher.

M. F. ayant appris que M. D. avait vu la malade, ne voulut plus revenir, quelque pressantes que furent les prières de la malade. M. Gautier de Claubry lui succéda, et, après plusieurs mois de soins, il reconnut l'existence d'un polype, en proposa la ligature, et demanda M. B. en consultation.

C'était en septembre 1818.

M. B. toucha, dit que M. Gautier s'était trompé, et assura que madame L... était affectée d'un squirrhé ulcéré du corps même de la matrice, et qu'il était impossible de tenter une opération; qu'il fallait mettre en usage un régime tonique, et prolonger ainsi l'existence de la malade, dont la perte était certaine et très prochaine, selon lui.

M. V., son neveu, fut chargé de donner des soins à la malade. Il eut d'abord la même opinion que son oncle. Mais au mois de février 1820, M. V. changea d'opinion, crut que la maladie n'était autre chose qu'un énorme polype; et proposa d'appeler M. Dupuytren en consultation.

Au mois de mars, M. Dupuytren alla pour la première fois chez madame L... Il pratiqua le toucher, reconnut l'existence d'un énorme polype, indiqua sa nature, dit que son pédicule était assez étroit pour qu'on pût, avec beaucoup de chances de succès, en faire l'ablation; mais qu'il fallait que ce fût bientôt; que sans cela la maladie serait promptement mortelle; car madame L... était dans un état d'anémie par le sang qu'elle perdait chaque jour; qu'elle n'avait plus la force de se mouvoir; elle était pâle, infiltrée, et presque transparente; sa voix altérée pouvait à peine se faire entendre.

M. B. fut de nouveau appelé, toucha de nouveau, et reconnut cette fois l'existence du polype, mais dit qu'il fallait bien se garder d'y toucher.

M. Dupuytren proposa l'opération; elle fut acceptée et pratiquée le 3 avril 1820.

La malade placée comme pour l'opération de la taille, deux aides (MM. Lebreton et Marx) maintinrent les genoux de la malade contre leur poitrine, d'une main, et écartèrent de l'autre les parties génitales.

M. Dupuytren introduisit d'abord une main pour distendre le vagin, puis implanta dans la tumeur une pince de Museux. On tira d'abord un peu dessus pour pouvoir la saisir plus facilement avec une autre pince; on fit des efforts pour l'extraire, mais la tumeur s'arrêta dans le détroit inférieur; deux autres pinces la saisirent fortement à une assez grande hauteur; on tira vigoureusement dans le sens du détroit inférieur, la tumeur ne céda guère. Deux doigts glissés entre la tumeur et la commissure supérieure arrivèrent au pédicule, et parvinrent à amener, avec le secours des pinces, la tumeur au dehors. M. Dupuytren l'abaissant, d'une main, fit la section de son pédicule à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat.

Pas de douleur pendant l'opération; pas de sang après qu'elle fut terminée.

Comme l'avait annoncé M. Dupuytren, la tumeur était énorme, inégale, fibreuse, lisse, non ulcérée; elle avait le volume de la tête d'un enfant d'un an, et pesait trois livres.

Quelques minutes après l'opération, on vit que la commissure postérieure avait été un peu déchirée.

Il ne survint aucun accident, et madame L... fut tout-à-fait guérie au bout de quelques jours.

Voici une observation d'étranglement intestinal produit par des tumeurs fibreuses de l'utérus, et qui vient encore appuyer ce que nous avons avancé sur la difficulté du diagnostic différentiel dans beaucoup de cas.

La nommée Humbert, veuve, âgée de 71 ans, affaiblie par le travail, n'avait pas eu de selles depuis quelques jours, et éprouvait de légères coliques, lorsque, le 13 juin 1828, elle est prise tout-à-coup de nausées, de vomissemens. Les matières vomies sont couleur lie de vin; elles répandent une odeur infecte, et paraissent for-

mées de sang et de matières excrémentitielles. Il n'y a pas de selles. Le ventre tendu, légèrement sensible à la pression, ne laisse apercevoir aucune tumeur. Les symptômes fébriles sont presque nuls, la respiration libre, les fonctions intellectuelles saines.

Le lendemain, vomissemens, constipation.

Le jour suivant, mort.

Autopsie.

Tête. Le cerveau présente, à la réunion de la couche optique avec le corps strié, un petit kyste séreux ayant trois lignes d'étendue.

Poitrine. Poumons adhérens par leur sommet; fausses membranes anciennes correspondant au lobe inférieur du poumon droit. Ventricule gauche du cœur à parois épaissies.

Abdomen. La cavité du péritoine contient une petite quantité de sérosité rouge brunâtre. La plus grande partie de l'intestin grêle présente sa couleur et son volume naturels. Mais une masse d'intestin noirâtre, sans odeur de gangrène, s'offre à la vue; elle est placée au côté droit des vertèbres lombaires, au-dessus de la fosse iliaque, au-devant du colon ascendant. Le grand épiploon se trouve au devant d'elle, dirigé obliquement de haut en bas, et de gauche à droite; il est tendu, et se prolonge inférieurement jusqu'au fond du petit bassin, où il adhère; supérieurement, il se continue, comme dans l'état naturel, avec le colon transverse et l'estomac, qui sont un peu tirés en bas. Il est fortement appliqué sur l'angle sacro-vertébral et la dernière vertèbre lombaire, et c'est sur ce point qu'il comprime l'anse d'intestin dont nous venons de parler, puisque la couleur noirâtre de l'intestin et du mésentère commence immédiatement là où passe cette espèce de bride. La main, portée dans la région hypogastrique, rencontre une masse dure, consistante, remplissant le petit bassin, et formée par des corps fibreux implantés sur l'utérus atrophié, et par un kyste de l'ovaire droit de la grosseur du poing. On essaie de soulever ces tumeurs, on y parvient facilement; alors on est étonné de voir l'épiploon se relâcher, et de pouvoir dégager la portion d'intestin étranglée.

On reconnaît que l'épiploon, par son extrémité droite, a contracté des adhérences avec la matrice et la trompe utérine droite, qui est dure, hypertrophiée, et présente un tissu cellulaire induré, blanchâtre.

Il vint à l'esprit de remettre les parties dans l'état où elles se trouvaient pendant la vie, de refouler les tumeurs fibreuses et enkystées en bas et en arrière, du côté du sacrum, de produire une espèce de rétroversion de cette masse. On porte le doigt dans le vagin, on sent bien le volume et la pesanteur de ce qui correspond à la matrice, on soulève ces parties, on voit la bride épiploïque se relâcher, et ne plus comprimer l'intestin.

Le grand épiploon ne paraît pas altéré dans sa portion supérieure. Dans sa portion inférieure, il se prolonge sous forme de ruban; il est légèrement épaissi à son extrémité adhérente.

L'anse d'intestin étranglée est la partie inférieure de l'intestin grêle, depuis deux pouces au-dessus du cœcum, jusqu'à un pied et dem. plus haut. Les parois de l'intestin sont d'un rouge noirâtre, épaissies; elles résistent à une

traction modérée. La portion du mésentère étranglée est épaissie, infiltrée de sang; elle contient quelques glandes mésentériques engorgées. La membrane muqueuse est d'un rouge brunâtre; elle n'est pas épaissie; elle est recouverte par une matière lie de vin.

Au-dessus de la bride épiploïque, il y a une légère distension de l'intestin grêle, qui renferme des matières semi-fluides, d'un gris jaunâtre. L'estomac a sa surface interne grisâtre, sans injection, sans rougeur.

Le gros intestin est revenu sur lui-même; il contient quelques matières fécales.

On ne rencontre aucune dégénérescence squirrheuse dans toute la longueur du canal intestinal; seulement le lieu où existait l'étranglement est un peu déprimé. Quelques anses d'intestin grêle étaient engorgées entre les tumeurs du petit bassin; l'une d'elles offre une plaque brunâtre, résultat du pincement de l'intestin entre ces tumeurs.

Le rectum, examiné avec soin, ne laisse apercevoir aucune trace de compression.

L'aorte et les veines voisines du point comprimé par l'épiploon sont saines.

Le péritoine offre quelques fausses membranes sur l'anse intestinale étranglée. La vessie est pâle, sans épaississement, sans rougeur; elle a une petite capacité. Les uretères et les reins ne laissent apercevoir aucune altération. Nous devons la connaissance de ce fait curieux à notre ami M. Loir, qui déjà nous avait communiqué d'autres observations qu'une faute d'impression attribua à M. Louis.

D'après cette observation, on voit que, dans le cas d'étranglement interne, chez les vieilles femmes surtout, lorsqu'on recherche la cause de l'étranglement, on ne doit pas dédaigner de pratiquer le toucher pour reconnaître l'état, la position de l'utérus.

Pour éclairer le diagnostic que l'on doit porter en pareilles circonstances, il ne faut rien négliger. Chez les femmes, il sera quelquefois utile de pratiquer le toucher. Ainsi, dans l'observation qui précède, on voit la matrice, chargée de corps fibreux, se renverser en arrière, tendre l'épiploon qui, adhérent à un de ses angles, est appliqué sur l'angle sacro-vertébral; comprime une anse d'intestin, et y interrompt le cours des matières fécales.

Ce soin du toucher pourra influencer non seulement sur le diagnostic, mais encore sur le traitement.

Dans cette observation, par le toucher pratiqué pendant la vie, on aurait pu apprécier la position vicieuse et le poids insolite de l'utérus, repousser cet organe en haut et en avant, et remettre les parties dans les rapports où elles se trouvaient avant l'étranglement, puisque l'adhérence de l'épiploon à la matrice existait depuis long-temps, tandis que l'étranglement était tout récent. MARX, PAILLARD, DD. MM.

PAPIER MOXA.

« Si l'on voulait donner une idée de la méthode ordinaire d'appliquer les moxas, il faudrait montrer l'opérateur courbé sur le cylindre allumé, les yeux rouges et larmoyans par

« l'action de la fumée qui est une des plus irritantes; la bouche pleine d'air, et soufflant pour activer le feu et empêcher le coton de s'éteindre, ce qui arriverait probablement sans cette ventilation; soufflant, haletant, époumoné à force de souffler; gêné et souffrant par l'attitude qu'il est forcé de garder; fixant d'une main le coton qui brûle, et éteignant de l'autre les flammèches qu'il darde de toutes parts; enfin, se fatiguant; se harassant pour une opération si simple, qui ne mérite pas même ce nom ». (Percy, *Dictionnaire des Sciences médicales. Moxibustion*). Il est vrai, toutefois, qu'on évite une partie de ces inconvénients à l'aide d'une personne qui dirige le vent d'un soufflet sur le coton en ignition. Si, dans les hôpitaux, il est facile d'user de ce moyen, il n'en est pas de même dans la pratique civile: cet office répugne presque toujours aux parens du malade, qui, de son côté, ne voit qu'avec une espèce d'effroi cette complication d'aides et d'appareils si peu propres à lui dissimuler les douleurs qu'il doit endurer.

A l'imitation de M. Larrey (*Dictionnaire des Sciences médicales. Moxa*), on peut opérer seul, et éviter les inconvénients de la fumée en exerçant la ventilation au moyen d'un chalumeau; mais alors la ventilation est trop prompte, irrégulière et difficile à conduire; les escarres, d'une profondeur inégale, se détachent par parties seulement et à des époques plus ou moins éloignées; ajoutez la nécessité de porter cet instrument avec soi; son emploi exige d'ailleurs un certain savoir-faire, une certaine habitude, sans laquelle on ne peut en tirer le parti convenable, son usage devenant alors extrêmement fatiguant pour l'opérateur.

Nous verrons que l'emploi du papier moxa, dont la préparation est si simple et si facile, ne laisse, au contraire, rien à désirer. Avec une feuille de ce papier en porte-feuille, le chirurgien pourra improviser des moxas en toutes circonstances, les appliquer seul, sans avoir besoin de ventilation, obtenir des escarres bien circonscrites, bien régulières, aussi profondes qu'il le voudra, se détachant d'une seule pièce, en raison de leur épaisseur uniforme, épargnant au malade les frayeurs dont, à la vue de l'application des moxas ordinaires, il lui est impossible de se défendre; il lui ôtera le sentiment d'une partie de ses douleurs en le rassurant et conversant avec lui.

Je n'entrerai dans aucun détail sur la manière de préparer les moxas classiques; elle est connue de tout le monde. Je ferai seulement remarquer qu'au lieu de réunir par une couture les deux bords de la bande de toile qui entoure le cylindre de coton, on peut, pour la commodité, se contenter de l'envelopper de plusieurs tours de fil qui aient le même effet. On peut même, au lieu de toile, se servir de papier.

Diriger le vent d'un soufflet sur un moxa paraît une chose tellement simple qu'il ne soit pas possible de s'y mal prendre pour cela. Je crois, cependant, devoir faire remarquer que, si l'on n'applique contre sa poitrine une des jambes du soufflet pour l'y fixer solidement, on n'aura qu'une ventilation incertaine et mal dirigée, dont la plus grande partie sera sans effet: de là,

faiblesse et irrégularité de la combustion et des escarres.

Les étincelles qui, quoi qu'on fasse, incommodent plus ou moins les assistans et le malade, obligent à mettre, autant que possible, ce dernier à l'abri de leur atteinte. Pour cela on recouvre la place sur laquelle on veut appliquer le moxa avec un linge mouillé et exprimé, percé dans son milieu pour laisser à nu l'endroit choisi; pour éviter toute erreur, il est souvent nécessaire de marquer préalablement ce dernier avec de l'encre.

Frappé de tous les inconvéniens que présente le moxa ordinaire, Percy (*Dictionnaire des sciences médicales*) chercha à appeler l'attention des chirurgiens sur l'emploi de la mèche à canon, coupée en disques de quelques lignes de hauteur, ou bien rapée et figurée en cylindre. La combustion s'entretient d'elle-même, les escarres sont assez régulières, et ce procédé n'est pas sans commodité. Percy conseille de préparer soi-même cette mèche en faisant bouillir une corde de chanvre dans une solution de nitrate de potasse. Toutefois il engage à la remplacer par la préparation suivante: « Il faut avoir du lin ou « du chanvre court, fin et bien propre; ou en « pesera un demi-kilogramme qu'on mettra « dans un pot de terre, neuf, bien vernissé en « dedans, ayant son couvercle, de telle sorte « que le paquet en touche le moins possible les « parois. On versera dessus deux livres d'eau « (un litre), tenant en dissolution deux onces « de salpêtre, et on lutera exactement. En cet « état, le pot sera tenu plusieurs nuits de suite « dans les cendres chaudes, le feu étant couvert, « ou bien on le mettra dans un four en même « temps que le pain, ou après que celui-ci aura été « retiré; et on continuera jusqu'à ce que l'eau « ait été épuisée et que le chanvre soit resté sec. « On en serrera la masse en un lieu bien exempt « d'humidité pour en user au besoin. Quand « on voudra appliquer un moxa on prendra une « mèche composée de plusieurs brins qu'on rou- « lera comme autrefois on arrangeait les plu- « masseaux, et dont on fera une plaque plus ou « moins épaisse, selon l'étendue et la profon- « deur qu'on se propose de donner à l'escarre. »

Si l'on voulait se servir de ce genre de combustible, il serait bien plus court, bien plus simple, et, certainement, tout aussi bon, de faire bouillir, seulement quelques minutes, le lin, le chanvre ou le coton dans une solution de nitrate de potasse; mais toutes ces préparations ont un immense inconvénient, c'est que si elles contiennent trop de nitre, ce qu'il est difficile d'éviter sans tomber dans l'excès contraire, le moxa brûle et se consume comme une fusée, avec flamme quelquefois, et ordinairement avec tant de promptitude qu'il ne détermine presque pas d'escarre. Aussi, M. Dupuytren, à qui je les ai vu employer, les a-t-il à peu près abandonnés.

Le coton, trempé dans le chromate de potasse en dissolution ou mieux dans l'acétate de plomb, est bien préférable à tous égards. Les moxas faits de cette manière brûlent d'eux-mêmes une fois qu'ils sont en ignition, et cela avec lenteur et régularité, restent long-temps incandescens, et font de profondes escarres. Il n'est pas vrai que, comme on l'a prétendu, ils exhalent une odeur

détestable; cette odeur ne présente rien de spécial; c'est celle du coton brûlé.

Je répète qu'on peut se contenter d'entourer le cylindre de coton de deux ou trois tours d'une bande de papier, retenue par un peu de fil dont on se sert pour l'envelopper. On peut aussi se contenter de les fixer au moyen de l'épingle ou de l'aiguille qui, comme nous le verrons plus bas, peut remplacer avantageusement toute espèce de porte-moxa.

Pour un moxa, six lignes de hauteur sont plus que suffisantes, la chaleur ne commençant à se faire sentir qu'à l'instant où l'incandescence approche de la peau.

Si les moxas, par la préparation desquels nous allons terminer cet article, n'étaient encore supérieurs par leur commodité, nous vanterions, au dessus de tous les autres, ceux faits avec de la moelle de sureau imprégnée d'acétate de plomb. On la coupe par rondelles de quatre à cinq lignes de hauteur; on les fait bouillir pendant quelques minutes dans la dissolution de sous-acétate de plomb du commerce, et on les fait sécher: ils sont alors propres à être employés. Le chromate de potasse réussirait probablement aussi.

Percy a beaucoup préconisé la moelle de *Heliantus annuus* (grand soleil); elle brûle seule sans préparation lorsqu'elle est sèche. Il a donné le nom de moxa de velours à ceux faits de cette substance, en raison du peu de douleurs qu'ils occasionnent. L'époque de l'année dans laquelle j'ai fait ces essais m'ayant empêché d'expérimenter ce combustible, je ne puis qu'en faire mention: il est probable que s'ils occasionnent peu de douleur c'est que l'escarre qu'ils déterminent est légère. Pour leur emploi on peut se dispenser de séparer la moelle de son enveloppe ligneuse, d'après Percy.

Les moxas dont la préparation est la plus simple, l'emploi le plus commode, l'action la plus régulière et la plus facile à régler, sont ceux confectionnés avec du papier préalablement trempé dans une solution de sous acétate de plomb, telle qu'on la rencontre dans le commerce, et séché; c'est lui que j'appelle papier moxa; il doit être sans colle, ou légèrement collé: celui d'impression est excellent pour cet objet: alors, il prend feu au briquet comme l'amadou. Conservé en porte-feuille, quelques instans peuvent suffire à la confection et à l'application d'un moxa. On en coupe une bande de quelques lignes de hauteur que l'on roule sur elle-même, de manière à avoir un cylindre du diamètre désiré. La combustion est trop rapide ou trop lente, selon qu'il est trop peu ou trop serré. Il est peut-être plus commode encore de donner au cylindre de papier une certaine hauteur, et de le partager en plusieurs parties ensuite avec des ciseaux; on obtient par là plusieurs moxas avec promptitude: la surface unie qui les termine alors est un peu moins facile à allumer. Ainsi préparés, ils deviennent incandescens dans toute leur étendue, sans rien perdre de leur forme et de leur volume; il en résulte une masse en ignition complète pendant plusieurs minutes, et une escarre parfaitement régulière et circonscrite.

M. Trousseau, à qui j'en ai signalé la commodité, les a employés plusieurs fois, et les trouve préférables à tout autre; on peut se servir du même cylindre pour appliquer plusieurs

moxas, l'ignition durant très-long-temps. Pour les maintenir, il ne faut pas employer une pince qui les écraserait et les déformerait dès qu'ils seraient incandescens ; on ne peut non plus les laisser libres sur le corps du malade ; les mouvemens provoqués par la douleur et la rupture de la vésicule, que détermine le soulèvement de l'épiderme par la sérosité vaporisée, ne manqueraient presque jamais de les déplacer et de les faire tomber dans le lit du patient.

Le porte-moxa de M. Larrey consiste en un anneau de métal, terminé par un manche et soutenu par trois pieds en ébène qui, étant peu conducteurs du calorique, sont destinés à en empêcher la transmission jusqu'au corps du malade : sa complication et la nécessité de porter cet instrument avec soi le rend incommode, et l'a fait à peu près abandonner. Le meilleur moyen de supporter les moxas pendant leur combustion est le suivant, parce qu'il est le plus simple et facile à improviser partout. On enfonce une aiguille à coudre à la base du petit cylindre de papier ; et on lui adapte un manche au moyen du premier morceau de bois venu, qu'on a préalablement fendu. On peut aussi profiter pour cette opération de la facilité qu'on a de pénétrer dans l'étui médullaire des jeunes branches. Par ce moyen, la chaleur ne peut parvenir jusqu'aux doigts qui maintiennent le moxa. A l'aide d'une grande aiguille (aiguille à laine), ou d'une grande épingle (épinglé à friser), que l'on tient par l'extrémité, on parvient aussi au même résultat ; mais l'épingle déforme le moxa, à moins qu'on ait la précaution, en l'enfonçant, de la tourner sur son axe à mesure qu'elle chemine ; encore n'évite-t-on pas constamment par là l'inconvénient que j'ai signalé, et auquel on peut, en partie, remédier en retirant un peu l'épingle.

On doit enfoncer un peu bas l'aiguille ou l'épingle vers le rebord libre de la bande de papier qui termine le cylindre ; par là on l'empêche de s'écarter ; on fera même bien de la mouiller légèrement avec un peu de salive pour la tenir appliquée. Ce petit procédé aura pour avantage, en outre, d'empêcher l'ignition de se propager trop rapidement par là, et, conséquemment, d'être irrégulière.

Le papier impregné de chromate de potasse (acide ou neutre) réussit bien, et M. Jacobson l'a beaucoup préconisé. Son incandescence est peu durable ; le chromate de potasse est plus cher et plus rare que le sous-acétate de plomb qui se trouve partout. Le nitrate de potasse ne peut être employé de la même manière ; il a les inconvéniens signalés plus haut, il fait fusée. Le chlorate de potasse est encore plus mauvais.

Dans mes essais, je faisais brûler les différens moxas sur un cahier de papier ; le nombre de feuilles atteintes me permettait de juger de la profondeur comparative des escarres qu'ils seraient capables de déterminer. Ceux faits avec le papier moxa l'emportaient par là sur tous les autres. Sur la peau, la différence est bien moins grande ; l'escarre est limitée par elle-même ; son interposition empêchant que le feu n'éende plus profondément son action ; d'ailleurs, rien n'oblige à attendre la terminaison de l'incandescence ; l'instant de la rupture de la vésicule, dont on est averti par le bruit qui l'accompagne, indique la formation suffisante de

l'escarre. J'ai pu m'assurer que, dans cinq escarres faites de cette manière, et examinées après la mort, le tissu cellulaire sous-cutané était resté intact.

Dans ces phénomènes de combustion, les élémens combustibles du papier, hydrogène et carbone, brûlent, en partie, aux dépens de l'oxygène de l'oxide de plomb, et il se dépose du plomb métallique, comme il est facile de s'en assurer en faisant brûler une bandelette de ce papier. Le métal tombe alors en globules brillans ; le contact de l'air le fait bientôt repasser à l'état d'oxide, en raison de la température qu'il a conservée. Aussi trouve-t-on, après la cessation de l'incandescence du moxa, une masse jaune, de même forme et de même volume, qui en est comme le squelette ; c'est de la litharge mêlée aux cendres, qui appartiennent en propre au papier. L'acide acétique ne joue qu'un rôle insignifiant dans cette circonstance.

Quant au chromate de potasse, c'est par son acide qu'il agit ; celui-ci cède son oxygène, et passe, en partie, à l'état de chrome métallique, et en partie à l'état d'oxide.

MARMORAT.

AMPUTATIONS A UN SEUL LAMBEAU DES MEMBRES A UN SEUL OS.

Depuis Celse qui vivait quatre cents ans après Hippocrate, jusqu'au dix-septième siècle où Botal guillotinaient pour ainsi dire, le membre en le plaçant entre deux tranchets, l'amputation, ressource extrême de la chirurgie, a été pratiquée d'un grand nombre de manières.

De toutes les méthodes suivies pour l'amputation dans la continuité des membres, deux sont restées : la méthode circulaire et la méthode à lambeaux. La première est, le plus souvent, employée dans l'amputation des membres à un seul os, la seconde pour les membres à deux os.

Après avoir étudié et comparé ces deux méthodes, j'ai été amené à mettre en pratique pour l'amputation de la cuisse et du bras un procédé qui réunit les avantages de la méthode à lambeau à ceux de la méthode circulaire sans avoir les inconvéniens qu'on reproche à l'une et à l'autre.

Voici ce procédé pour la cuisse :

Le sujet et les aides convenablement disposés, le chirurgien saisit d'une main les chairs antérieures du membre, qu'il écarte de l'os ; enfonce de l'autre main, de part en part, un couteau tenu à plat, rase la partie antérieure du fémur, et taille un lambeau semi-lunaire de six à sept pouces.

L'opérateur reporte son couteau à la base du lambeau qu'un aide est chargé de relever, coupe les chairs qui restent en arrière, comme dans la méthode circulaire, et scie l'os, en écornant, s'il le juge convenable, son bord antérieur et supérieur.

Au lieu de commencer le lambeau par une ponction de dedans en dehors, on peut le découper de dehors en dedans, c'est-à-dire de la peau vers l'os.

On peut encore tailler carrément le lambeau

unique : si alors les mesures sont bien prises , rien n'est facile comme d'affronter parfaitement les lèvres de la plaie.

Ce procédé peut s'appliquer , comme il est facile de le concevoir , au bras ; cependant pour ce membre nous lui préférons la méthode circulaire.

Sans tenir compte de la facilité et de la prestesse avec lesquelles se pratique ce nouveau procédé , il nous a paru présenter les avantages suivans :

Le lambeau s'applique par son propre poids et facilite par sa disposition la réunion par première intention qui , de cette manière , peut s'obtenir très-prompement.

L'os placé à la partie moyenne , sous un volume de chair assez considérable , ne tend pas comme dans les autres procédés à s'échapper par les angles de la plaie.

Cette dernière se trouvant au point le plus déclive , les fluides s'écoulent d'eux-mêmes et par le trajet le plus direct.

En cas d'hémorrhagie , il suffit de soulever le lambeau pour apercevoir le vaisseau qui la fournit , le tordre ou le lier. La principale ar-

tère se trouve à l'angle interne et au niveau de la plaie.

Ce procédé fait éviter la conicité du moignon , la saillie , l'exfoliation de l'os , les tiraillemens nécessités par les pansemens ou par la recherche des vaisseaux qui viennent à donner du sang , primitivement ou secondairement.

L'étranglement du moignon , le décollement , la gangrène de la peau ne sont pas à craindre , et la phlébite , que sa cause première soit l'inflammation des veines ou l'absorption du pus , a peu de chances pour elle , la surface de la plaie étant abritée contre les causes externes.

La cicatrice , dans cette méthode (1) , est linéaire , ne se trouve pas au centre du membre ; elle est hors d'atteinte des chocs extérieurs. Cette disposition jointe à la masse musculaire qui forme et termine le moignon , facilite l'application d'un membre artificiel.

FÉLIX LEGROS , *D. M. P.*

(1) Cette méthode n'est décrite nulle part que nous sachions ; nous devons dire cependant qu'un meunier paraît avoir été amputé à Brest dans un cas exceptionnel par un procédé analogue.

(Thèses de Paris, 1829, n° 258.)

RÉPERTOIRE CLINIQUE.

Ægrorum nemo a me alias tractatus est , quàm ego memet tractari cuperem , si mihi ex iisdem morbis ægrotare contingeret.

Sydenham. oper. t. 1, p. 77.

DE L'EMPLOI EXTÉRIEUR DES MÉDICAMENS DIURÉTIQUES.

Les médicamens diurétiques sont presque tous en même temps purgatifs ; il est difficile , et souvent impossible , de les administrer aux malades dont les organes digestifs sont en mauvais état ; et chez ceux dont la membrane muqueuse gastro-intestinale est saine , on ne peut en continuer pendant long-temps l'usage sans donner lieu à des phlegmasies quelquefois assez graves.

Cependant la plupart de ces inconvéniens peuvent être évités si on les administre prudemment , et surtout si on les suspend au moment où l'estomac commence à devenir impatient. Mais un inconvénient réel c'est qu'ils manquent souvent leur effet ; et je ne crois pas trop m'avancer en disant que la sécrétion urinaire n'est pas notablement augmentée chez la moitié des malades qui prennent des diurétiques. Le fait suivant m'a mis sur la voie d'une médication qui n'est pas nouvelle , mais dont les résultats sont trop remarquables pour que je ne les fasse pas connaître aux praticiens.

Une femme de vingt-cinq ans entra à l'Hôtel-Dieu de Paris au commencement de l'année 1833 , et fut couchée salle Saint-Paul. Elle était enceinte de huit mois et demi. La grossesse avait été très-orageuse , et , depuis trois mois , il était survenu une anasarque générale et une diarrhée continuelle. Il y avait de la fièvre , de la dyspnée , et l'énorme dilatation des pupilles indiquait assez qu'un épanchement séreux existait aussi dans les ventricules du cerveau. — Nous attendions avec anxiété la délivrance , pensant que l'accouchement mettrait fin à tous ces acci-

dens , comme il arrive le plus ordinairement ; mais notre espérance fut trompée , et l'hydropisie fit de nouveaux progrès après l'accouchement. Cependant la diarrhée ne se modérait pas , et tout nous faisait craindre une terminaison prochaine. Dans le but de guérir la diarrhée , j'administrai à plusieurs reprises le sous-nitrate de bismuth à la dose de 24 ou 36 grains par jour. La diarrhée se modérait , il est vrai ; mais en même temps l'exhalation séreuse devenait d'autant plus abondante dans les diverses cavités et dans le tissu cellulaire. Je voulus alors combiner les diurétiques au bismuth , et je fis administrer chaque jour de 15 à 25 gouttes de teinture éthérée de digitale. Cette médication produisit en effet pendant quelques jours l'effet que j'en attendais ; mais bientôt les phénomènes de l'irritation gastro-intestinale s'accrurent à tel point , qu'il me fallut renoncer à l'administration des diurétiques. J'avoue que je ne pouvais me résoudre à laisser ainsi mourir une femme jeune , qui comprenait le danger de sa position et qui , chaque jour , me témoignait de son amour pour la vie par des paroles pleines de douleur et par des supplications désespérantes. Réfléchissant à l'action des médicamens diurétiques , il me parut évident , comme à la plupart des thérapeutistes , que la substance absorbée par les vaisseaux de l'intestin et portée ainsi dans la masse du sang , allait exercer sur l'appareil urinaire une modification spéciale en vertu de laquelle la sécrétion était activée. Il ne me parut pas moins évident que l'action assimilatrice de l'estomac ne pouvait qu'atténuer les propriétés du médicament , et je pensai que la peau devait être une voie facile d'absorption , en même temps qu'elle transmettrait au sang la substance diurétique

sans l'altérer. — Je prescrivis donc la mixture suivante : — Teinture éthérée de digitale, deux onces ; teinture de scille, deux onces ; eau, huit onces. — Une flanelle fut imbibée de ce mélange et appliquée sur le ventre de la malade ; on la recouvrait de taffetas ciré pour prévenir l'évaporation. Dès la première nuit, la malade urina sept fois au lieu de deux ; la seconde nuit, neuf fois, et onze fois les nuits suivantes. Non seulement l'excrétion urinaire était plus fréquente, mais la quantité sécrétée était chaque fois plus considérable qu'elle ne l'était auparavant. Cependant je faisais prendre tous les jours un demi-gros de sous-nitrate de bismuth, un peu de lait coupé, et de l'eau de riz gommée. Par-là je modérais la diarrhée, comme je l'avais déjà fait plusieurs fois ; mais je m'aperçus avec plaisir que l'œdème disparaissait. Huit jours s'étaient à peine écoulés que déjà l'amélioration était immense. Le péricarde, le péricarde et les plèvres ne contenaient presque plus de sérosité, une respiration facile succédait à l'orthopnée, la dilatation des pupilles avait notablement diminué ; les jambes n'étaient presque plus œdématisées ; la fièvre tombait, et déjà la malade pouvait manger deux potages et boire un litre de lait. La médication fut encore continuée pendant quinze jours, et toujours les urines furent à peu près aussi abondantes. J'avais continué le bismuth, et les garde-robes étaient toujours un peu diarrhéiques ; mais il n'y en avait jamais plus de trois dans les vingt-quatre heures. — Quelques lavemens d'eaux minérales sulfureuses achevèrent de guérir la diarrhée.

Mais une maladie aussi longue avait jeté cette jeune femme dans un état d'anémie effrayante ; il fallut songer à rendre au sang sa coloration et ses propriétés stimulantes. C'était évidemment aux ferrugineux que je devais avoir recours. Il devenait difficile de donner le fer sans courir le risque de rendre la diarrhée ; aussi je l'associai au bismuth, et je prescrivis d'abord trois grains de sous-carbonate de fer avec trente-six grains de sous-nitrate de bismuth, et tous les deux jours j'augmentais un peu la proportion du sel martial, en même temps que je diminuais celle du magistère de bismuth. J'amenai enfin la malade à prendre par jour un gros de sous-carbonate de fer seul. Après un mois de ce traitement, cette jeune femme était revenue à une santé parfaite. Il est inutile de dire que les urines cessèrent d'être abondantes dès qu'on cessa d'appliquer sur le ventre les teintures diurétiques. Pendant le cours du traitement nous n'observâmes pas d'autre ralentissement du pouls que celui qui dut résulter de la disparition de la fièvre.

Une autre femme qui entra à l'Hôtel-Dieu dans des conditions analogues, et qui avait été saignée avec peu de discernement, tomba dans un tel état de cachexie que nous ne pûmes empêcher la mort. A l'autopsie nous ne constatâmes aucune autre altération organique qu'une décoloration et une complète liquéfaction du sang et un épanchement considérable de sérosité dans toutes les cavités splanchniques et dans le tissu cellulaire. Toutefois l'application des médicaments diurétiques sur le ventre augmenta considérablement la sécrétion urinaire au point

que la malade urinait six et sept fois par nuit, au lieu d'une et deux fois comme auparavant.

Dans le courant d'octobre dernier nous eûmes une nouvelle occasion de constater la puissance diurétique de la médication extérieure. Une femme de cinquante ans fut apportée à l'Hôtel-Dieu, dans un état tellement grave que l'interne de service ne crut pas qu'elle pût vivre jusqu'au lendemain. Elle avait depuis long-temps une maladie du cœur, Les jambes d'abord s'étaient œdématisées, puis les cuisses, les bras et la face ; le ventre lui-même s'était rempli de sérosité aussi bien que le péricarde et la plèvre. Il y avait en même temps œdème pulmonaire, comme il était facile de le constater par l'auscultation. La dyspnée était extrême, la face était livide, les extrémités étaient froides. — Une potion éthérée, qui fut prescrite par l'élève interne, calma les accidens ; et le lendemain à l'heure de la visite, le danger n'était pas à beaucoup près aussi imminent que la veille. — Je prescrivis vingt gouttes de teinture éthérée de digitale et une once d'oxymel scillitique ; les urines ne furent pas sensiblement augmentées et les accidens ne se modéraient pas. Cependant, après peu de jours, l'estomac supporta impatiemment la scille et la digitale, et il fallut y renoncer. Je fis alors faire sur le ventre les applications diurétiques dont j'ai plus haut indiqué la composition. Cette femme qui n'urinait que trois fois par jour, urina, nous dit-elle, quatre fois par heure, c'est-à-dire près de cent fois dans l'espace de vingt-quatre heures. Cette prodigieuse diurèse persista pendant quelques jours, puis diminua à mesure que l'hydropisie générale diminua elle-même. L'amélioration fut rapide, et telle, que cette malade sortit de l'Hôtel-Dieu un mois après y être entrée. Elle se croyait complètement guérie. Le fait est qu'il ne restait d'autres traces de son hydropisie que la flaccidité de tous les tissus. La respiration était facile ; il y avait un peu de toux, et, chose remarquable ! le cœur qui soulevait naguère les parois de la poitrine et semblait être le siège d'une hypertrophie considérable, ne donnait plus qu'une impulsion légère.

Certes cette femme n'était pas guérie, et je suis loin de penser qu'on puisse, à l'aide des applications diurétiques sur le ventre, faire cesser une hypertrophie du cœur ; mais je crois que cette médication est plus propre qu'aucune autre à combattre l'anasarque qui devient elle-même une nouvelle cause d'obstacles à la circulation et qui, par conséquent, agit dans le même sens que la maladie primitive.

J'ai usé du même moyen chez sept autres malades, parmi lesquelles deux avaient une maladie du foie ; deux une maladie du cœur ; une, une anasarque scarlatineuse ; une autre une induration cellulaire tout-à-fait analogue à celle que l'on observe sur les nouveau-nés ; enfin la septième seyait un nourrisson qu'elle avait allaité pendant quelques mois, et j'essayai de provoquer la sécrétion de l'urine, dans le but d'empêcher celle du lait. Chez elle la sécrétion laiteuse fut seule augmentée.

J'ajouterai que je n'ai eu l'occasion d'essayer cette médication que chez un seul homme.

Quels diurétiques convient-il d'employer, et

comment faut-il les employer ? Les seuls médicaments diurétiques que j'aie employés jusqu'ici sont la teinture de digitale pourprée, la teinture de scille et la décoction de digitale. Habituellement je mêlais la teinture de scille et la teinture de digitale à poids égal, et je me servais de ce mélange ; mais plusieurs malades ne pouvaient supporter cette application sans douleur, et il se développait sur le ventre de la rougeur et quelques petites vésicules qui se crevaient et laissaient le derme dénudé en contact avec l'alcool. Pour parer à ce léger inconvénient, je fis ajouter au mélange une ou deux fois autant d'eau, et si la douleur fut nulle, l'effet diurétique n'en fut aucunement diminué.

Mais cette médication déterminait chez deux de nos malades des symptômes d'enivrement, causés probablement par l'absorption de l'alcool. L'enivrement n'avait sans doute rien d'inquiétant pour le médecin ; mais il pouvait alarmer les malades, et d'ailleurs il devait n'être pas sans inconvénient dans le cas où le cerveau était le siège d'une irritation préalable. Je voulus essayer alors de la décoction de digitale, et j'eus la satisfaction de voir qu'elle produisait la diurèse au moins aussi sûrement que la teinture, et qu'elle ne donnait lieu à aucune irritation de la peau et à aucun phénomène cérébral. — Les plus simples notions de physiologie expérimentale auraient dû me faire pressentir ces résultats ; car je savais depuis long-temps que l'activité de l'absorption cutanée est toujours en raison inverse de l'irritation dont la peau est le siège, et que les alcooliques, outre leurs vertus irritantes,

ont encore des propriétés astringentes fort énergiques.

Les expériences dont je viens de parler m'ont mis sur la voie de nouvelles recherches : je vais essayer de la même manière la plupart des médicaments purgatifs et diurétiques, et lorsque j'aurai recueilli un assez grand nombre de faits, j'en ferai connaître les résultats à nos lecteurs.

Conclusions. — Cependant, jusqu'ici il est permis de conclure, 1° Que la teinture de digitale pourprée, mêlée à la teinture de scille, et appliquée sur le ventre, est diurétique.

2° Que l'effet diurétique est aussi prompt et aussi puissant lorsque l'on mêle à ces teintures une ou deux fois leur poids d'eau.

3° Que la décoction de digitale pourprée, à la dose de deux à quatre onces de feuilles pour deux livres d'eau, est aussi diurétique que la teinture.

4° Que chez dix malades sur onze cette médication a toujours produit la diurèse.

5° Que cette médication est préférable à l'administration intérieure des préparations diurétiques, parce qu'elle ne donne lieu à aucune espèce d'accident.

6° Qu'elle devra toujours être employée lorsque les viscères gastriques seront dans un tel état que l'ingestion des diurétiques ne pourra être supportée.

A. TROUSSEAU,

Médecin des hôpitaux, agrégé près la faculté de médecine de Paris.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE.

A la suite d'un mal de gorge rebelle, le docteur Cloquet me conseilla l'usage de fumigations en aspirant la vapeur d'une forte décoction de *belladone*.

Mon valet de chambre, auquel j'avais remis la prescription du docteur, m'apporta le soir vers dix heures une théière contenant la décoction, et m'en prépara une tasse, comme il eût fait avec du thé ordinaire. J'étais occupé à écrire, et, sans me souvenir de la fumigation ordonnée, je pris la tasse entière que je trouvai d'un goût exquis. Peu après, avant de me mettre au lit, j'en pris une seconde tasse.

Vers une heure de la nuit, je fus subitement éveillé par une douleur violente à la gorge, qui me semblait en feu... L'estomac me faisait mal, le bas-ventre était également douloureux ; la première idée qui me vint, fut que ce désordre était l'effet d'une indigestion. Je saute à bas de mon lit, et avec l'intention de provoquer les vomissements, je verse dans une grande timballe tout ce qui restait d'infusion de *belladone* dans la théière (la timballe contenait environ deux bons verres et était pleine). J'avalai d'un trait ce breuvage, qui effectivement me procura une évacuation soudaine, qui me confirma dans la pensée d'une indigestion. Mais au col de la vessie il y avait une telle contraction que tous mes efforts pour uriner étaient vains, et je souffrais beaucoup, car le besoin d'uriner devenait

impérieux ; toutefois il y eut dilatation progressive dans les voies urinaires, et, autant que je m'en souviens, je fus plus de vingt minutes avant d'être entièrement soulagé du poids énorme qui existait dans la vessie.

Il pouvait être alors deux heures et demie : soit sommeil, soit l'effet du narcotique, me sentant accablé de fatigue, je me suis jeté sur mon lit : je me trouvais dans une sorte d'anéantissement.

Vers sept heures du matin, au moment où mon valet de chambre entra chez moi, il me trouva debout près de la cheminée, faisant machinalement le mouvement de tirer le cordon de la sonnette. Surpris de me voir dans cette position il me questionne ; mais ma langue est à demi paralysée, mes jambes si faibles que je ne me soutiens qu'en m'appuyant au fauteuil près duquel je me trouvais. Mes réponses incohérentes et inarticulées alarmèrent mon domestique. On fait appeler un médecin, mais il était 9 heures lorsque celui-ci arriva. Or, de 7 à 9 je restai assis dans mon fauteuil, dans un état de presque insensibilité, répondant à peine à ce que l'on me demandait, ayant toutefois conservé assez de force physique pour marcher seul jusqu'à mon lit à l'arrivée du médecin.

Lorsque le docteur R., qui venait d'être appelé, m'eut visité, son opinion fut que l'état dans lequel il me trouvait était le résultat d'une attaque d'apoplexie ; dès-lors, on me couvrit les extrémités inférieures de sinapismes dans l'in-

tention de dégager le cerveau. Mais ce qui me fait croire que telle n'était pas toute la pensée du docteur, c'est qu'il ne me saigna pas et qu'il regardait fréquemment et avec une grande attention mes pupilles si étonnamment dilatées.

Vers midi, mes sens, jusque-là plutôt engourdis que paralysés, commencent à s'éveiller progressivement, mais seulement les uns après les autres; ce qui produisit en moi des désordres d'imagination successifs dont je puis encore me rendre compte.

Par exemple, en me voyant dans mon lit disposé d'une manière nouvelle, et placé dans le sens de celui d'un de mes amis qui avait la cuisse cassée, et près duquel je venais de passer plusieurs jours, je m'imaginai que j'étais cet ami. Dès-lors je donnai à chacun de ceux qui m'entouraient les noms des personnes qui soignaient mon ami. A l'une, que j'appelais ma mère, je la rassurai sur mon état, lui disant (ainsi que le faisait mon ami) que je me sentais le courage de passer six semaines dans mon lit; à un autre je donnais divers ordres sur l'intérieur de la maison (de mon ami). Mais lorsqu'on s'avisait de remuer mon lit, je me révoltais à l'idée qu'on allait déranger l'appareil de ma jambe.

Quelle fut ma surprise, lorsque, glissant ma main le long de ma cuisse, je ne trouvai plus cet appareil!

A 2 heures, il s'opéra dans ma vue un singulier changement; ainsi, tout ce que je voyais me semblait ravissant; les personnes qui m'approchaient étaient toutes belles à mes yeux; une femme d'environ 60 ans, qui m'apportait à boire, m'apparut tout-à-coup comme une femme magnifique; à la fraîcheur que je remarquais sur son visage, elle joignait une tournure parfaite, et sa taille svelte était, selon moi, d'une grande beauté; sa main douce et potelée attirait surtout mon attention, et plusieurs fois je voulus la lui baiser. (Elle avait 60 ans, la pauvre femme, sa courte taille et ses mains endurcies au travail étaient un contraste parfait avec tout ce qu'elle paraissait à mes yeux.)

Toujours dans le même état d'extase, mes yeux, frappés de la beauté des couleurs du papier de tenture de ma chambre, crurent voir s'ouvrir tout le panneau qui faisait face à mon lit. Alors apparaissaient en foule des petits individus que je croyais être mus par un ingénieux mécanisme; et lorsque chacun d'eux avait fait ses petites évolutions, le panneau se refermait. Ces apparitions se renouvelèrent plusieurs fois, et je me rendais compte des moyens qu'avait pu employer l'homme habile auteur de ce travail prodigieux.

Un autre objet vint attirer plus spécialement mon attention, c'était la pendule qui était sur ma cheminée: bien qu'elle fût sans ornemens et d'un style sévère, il me sembla qu'elle renfermait la mécanique la plus compliquée, et au moment où je la contemplais avec attention, je crus la voir s'ouvrir en deux; puis je remarquai trois ou quatre automates qui exécutaient une pantomime dont je devinais tout le sujet, tant leurs mouvemens étaient expressifs et naturels. Un de mes amis, feu le général Lamarque, entra au moment de cette vision. Je me hâtai de lui faire la description de ce que je voyais, et cela en termes

précis, en expressions correctes, employant les mots techniques, joignant à ces détails les calculs sur les forces motrices, le nombre de dents que chaque roue devait avoir, etc., etc. Enfin (m'assura plus tard le général), je lui fis l'effet d'un être doué d'une science prodigieuse en mécanique.

Lorsque plus tard la lumière frappa mes yeux, et surtout lorsqu'elle était réfléchie dans la glace, elle se réfléchissait à l'infini, et m'apparaissait comme la brillante illumination de Tivoli. Je me persuadai que j'avais devant les yeux une glace sans tain, au-delà de laquelle était le jardin de Tivoli, et les personnes qui passaient devant mon lit me semblaient parées pour se rendre à la fête.

J'eus mille visions, toutes plus extraordinaires les unes que les autres, et cet état contemplatif ne cessa que lorsque le sommeil se fut emparé de mes sens, fatigués par tant de merveilles.

Je passai ainsi 18 heures, dans un état soporeux qui n'était pas sans danger.

Mais la belladone et son narcotisme avaient fait leur effet, et après quelques heures de sommeil je m'éveillai, n'éprouvant autre chose qu'une lassitude générale, et un grand étonnement de trouver mon lit dans une position nouvelle, à côté de moi une vieille femme dont les ronflemens venaient de m'éveiller, et mon valet de chambre endormi au coin du feu. J'avoue que je crus rêver.... J'appelle Charles.... Aussitôt la vieille s'éveille, mon domestique accourt, et les voilà près de moi me tenant chacun une main, comme pour éviter que je n'en fisse un mauvais usage.... Lorsqu'ils m'eurent laissé.... sans avoir voulu répondre à mes questions, je cherchai à me rendre compte de ma situation et de ce qui m'était arrivé....; mais le sommeil vint de nouveau réparer la fatigue d'une journée aussi laborieuse.

Le jour suivant mes sens avaient entièrement repris leurs fonctions; mais l'idée m'était venue que cette indisposition était le résultat d'un coup de sang, et une mélancolie profonde s'empara de moi.

Depuis trois jours je gardais la chambre, continuant le régime sévère que m'avait prescrit le docteur R...., lorsque le docteur Cloquet, qui avait appris mon indisposition, vint me voir. C'était le soir, et je me disposais clandestinement, à l'insu de mon médecin, à prendre une tasse de cet excellent thé dont le goût avait si délicieusement flatté mon palais (la belladone). Après m'avoir reproché de ne pas l'avoir fait avertir immédiatement, ce brave ami voulut connaître les détails de cette maladie, qu'il ne concevait pas, et dont au reste je n'aimais pas à parler. Enfin il insista. Lorsque je lui contai que j'avais pris dans la nuit le thé délicieux qu'il m'avait conseillé, et dont je lui proposais une tasse... il me demanda ce que je voulais dire.... Je lui fis respirer l'excellente odeur qui s'échappait de ma theyère...

Malheureux! s'écria-t-il en riant, vous avez bu de cette infusion! — Mais si je suis étonné c'est que vous existiez encore. Il me rassura complètement, et nous allâmes dîner ensemble.

Le colonel MARMIER.

Paris, le 1^{er} décembre 1833.

DE L'EMPLOI EXTERIEUR DU CHLORURE DE SOUDE POUR EMPÊCHER LA VARIOLE DE LAISSER DES CICATRICES.

M. J. Ferrier, chirurgien du lazaret de Trompeloup (Gironde), nous a fait part des heureux effets qu'il a obtenus des frictions mercurielles dans le gonflement érysipélateux des paupières chez les varioleux ; mais, se défiant des répercussions et des métastases, il n'a pas porté plus loin ses recherches. Jaloux d'obvier aux cicatrices désagréables que laisse souvent après elle la variole, je tentai d'employer dans cette maladie un remède que j'avais vu réussir bien souvent entre les mains habiles de mon ancien maître M. Lisfranc. Je veux parler ici du chlorure d'oxide de sodium ; et voici comment j'en usai : je fus appelé au mois de novembre 1832, pour voir quatre enfans atteints de variole ; chez tous les quatre elle était confluyente, surtout à la face. Je pris une lancette, j'ouvris les différens foyers purulens qui siégeaient au visage dans toute

leur étendue, et je fis faire ensuite, cinq à six fois le jour, des lotions de chlorure de sodium étendu d'eau. Au bout de deux jours, la suppuration cessa ; les petits abcès se cicatrisèrent en partie, et la portion non cicatrisée se recouvrit d'une croûte roussâtre. Je fis continuer les lotions trois fois le jour. Le cinquième jour, les croûtes elles-mêmes se desséchèrent et tombèrent. Chez aucun de ces enfans il n'y a eu de cicatrices, les paupières ont conservé leurs cils. Pour terminer, j'ajouterai que les petits malades ne reçurent pour toute alimentation que quelques pruneaux, et pour boisson de l'eau d'orge et du petit lait : que chez eux, le cerveau et les membranes qui l'enveloppent, et qui, chez les enfans, sont si prompts à s'enflammer, restèrent, dans le cours de la maladie, dans une intégrité parfaite. Il en fut de même de l'appareil digestif.

ADOLPHE PERREAU, *D. M. P.*

La Chataigneraie (Vendée), 28 nov. 1833.

ANALYSES D'OUVRAGES.

ANALYSE DU 5^e VOLUME DE LA CLINIQUE MEDICALE DE M. LE PROFESSEUR ANDRAL.

Depuis long-temps, le public médical attendait avec impatience, le complément d'un ouvrage, aux premiers volumes duquel il avait applaudi ; cet ouvrage est la Clinique médicale de M. le professeur Andral. On était désireux de voir comment l'esprit rigoureux de l'auteur du Précis d'anatomie pathologique, s'attaquant aux maladies de l'encéphale, résoudre les nombreuses questions qu'on a soulevées dans ces derniers temps à propos de la pathologie du système nerveux. Le 5^e volume de la Clinique médicale se trouve partagé en trois livres, où l'auteur traite successivement des maladies des méninges, des maladies du cerveau, et enfin de celles du cervelet. M. Andral commence par rapporter un certain nombre d'observations recueillies par lui-même dans la Clinique de M. Lherminier, ou dans les salles de divers hôpitaux qui lui ont été confiées. Il emprunte aussi à la plupart des observateurs modernes, qui ont traité le même sujet, le secours de leur propre expérience. C'est ainsi qu'on le voit tour à tour mettre à contribution les travaux de MM. Bouillaud, Rostan, Trousseau, Louis, Lallemand, Parent et Martinet, etc. Ce n'est que quand il a confronté avec les faits qu'il a observés lui-même les mêmes faits puisés à des sources si différentes, constatés par des hommes dont on voit si souvent les idées se heurter violemment dans la science, ce n'est qu'alors, disons-nous, qu'il se croit en droit de tirer ses propres conclusions.

Commencant par les maladies des méninges, M. Andral rapporte vingt-sept observations qui lui sont propres. Ces observations sont relatives aux lésions les plus variées : la première conséquence qu'il tire ici des faits, est une conséquence à laquelle déjà était arrivé M. Chaussier ; c'est que, dans l'immense majorité des cas, les lésions anatomiques qu'on observe dans les

affections des méninges, ont leur siège dans la pie-mère. — Nous ne suivrons point l'auteur dans l'analyse de ces diverses altérations, nous passons immédiatement à l'étude qu'il fait des symptômes. Et d'abord, quelle est la valeur diagnostique de la céphalalgie dans les diverses maladies des méninges ? La céphalalgie existe bien plus souvent qu'elle ne manque dans ces affections, mais elle ne saurait être donnée comme caractère spécial d'aucune d'elles, pas même de la méningite la plus tranchée. Mais au moins, cette céphalalgie, dans le cas d'affections propres des méninges, peut-elle être distinguée ; soit par son siège, soit par sa nature, de celle qu'on voit se développer dans tant d'autres états morbides, et spécialement dans ceux qui ont leur siège anatomique dans la muqueuse gastro-intestinale ? M. Andral répond, qu'assez souvent cette distinction est impossible, mais que souvent aussi elle peut être faite ; qu'ainsi, dans les maladies propres des méninges, elle est plus violente, plus circonscrite, elle fixe davantage l'attention des malades. Examinant ainsi successivement les divers désordres que peut présenter la sensibilité dans ces maladies, il arrive à cette conclusion définitive, qu'aucun de ces désordres n'existe constamment, et qu'aucun n'est nécessairement lié à telle ou telle forme de la méningite. Il en est de même des altérations qui portent sur la motilité, aucune d'elles ne révèle rigoureusement telle ou telle forme de lésion anatomique. Le délire se distingue des symptômes que nous venons d'examiner, en ce qu'il est à peu près constant dans la méningite ; mais il n'est non plus aucune lésion anatomique à laquelle il appartienne spécialement ; il n'annonce que l'état aigu de la maladie. Beaucoup d'auteurs ont écrit que le coma se liait à la méningite de la base du cerveau, tandis que le délire était la forme symptomatique la plus ordinaire de l'inflammation de cette partie des méninges qui recouvre la convexité des hémisphères. Ici, l'observateur démontre encore que l'on s'est trop pressé de conclure. — Viennent enfin les

désordres, que dans les maladies des méninges on voit surgir du côté des voies digestives et de l'appareil de la circulation : M. Andral nous semble insister avec raison sur ces symptômes sympathiques, qui, dans plus d'un cas, servent puissamment le diagnostic ; tout le monde sait que ces symptômes sont l'absence de fréquence dans le pouls, des nausées ou des vomissemens, coïncidant avec l'état normal de la langue. Telles sont les conséquences principales que, dans ce premier livre, le savant professeur tire de l'analyse de plus de cent observations relatives à des maladies diverses des méninges. Nous arrivons au second livre, qui traite des maladies du cerveau : les premières études de l'auteur roulent sur la congestion cérébrale : suivant la même marche que dans le livre précédent, après avoir rapporté un certain nombre d'observations relatives à cette maladie, après avoir constaté les lésions qu'elle laisse à sa suite dans les tissus, venant à la détermination de la cause d'où procèdent les divers groupes symptomatiques qui peuvent se lier à la congestion cérébrale, M. Andral se demande si cette cause est toujours identique, si ces symptômes se lient constamment à l'afflux d'une trop grande quantité de sang vers le cerveau. Or, il ne balance point à admettre que la plupart des symptômes, qui se lient à une hyperémie cérébrale, peuvent se rencontrer dans un état inverse du cerveau, c'est-à-dire dans l'anémie ; conclusion qui, il y a peu de temps encore, eût été repoussée comme un paradoxe. Mais M. Andral ne s'arrête point là : cherchant à pénétrer la nature même des modifications du cerveau, qui commande ces symptômes, il arrive nécessairement à rejeter la dichotomie bro-wienne, comme incomplète. Laissons l'auteur parler lui-même : « Il suit de là que dans plus
« d'un cas, la dichotomie browienne est insuf-
« fisante pour expliquer les symptômes le plus
« souvent semblables, qui surviennent par suite
« de l'hyperémie ou de l'anémie cérébrale : ces
« symptômes n'indiquent nécessairement, ni un
« état d'asthénie, ni un état d'hypersthénie :
« ils peuvent être dus à une perversion de l'in-
« fluence cérébrale, perversion qui résulte de
« ce que le cerveau doit vivre d'une autre vie,
« par cela seul qu'il ne reçoit plus sa quantité
« normale de sang, et non plus seulement par-
« ce qu'il est moins excité. »

Après la congestion cérébrale, nous arrivons à un ordre de maladie, où la lésion matérielle est si évidente, présente des caractères si tranchés, qu'il semblerait, qu'à partir du moment où l'on a pu rapprocher de ces lésions les symptômes qu'elles développent, tous les rapports aient dû être saisis, et partant que la science ait dû être faite sur ce point. Mais les choses n'en sont point ainsi, il s'en faut bien, comme nous allons le voir. La maladie dont il s'agit ici est l'hémorrhagie cérébrale : on sait que plusieurs médecins ont essayé de circonscrire à des portions limitées du cerveau, le siège des diverses fonctions spéciales dont est chargé cet organe ; ainsi, on a prétendu que l'intelligence était le résultat de l'action physiologique de la substance grise des hémisphères, tandis que la substance blanche était le siège de la puissance sous l'influence de laquelle s'exécutent les mouvemens volontaires : ce n'est point tout encore, l'observa-

tion avait démontré que, dans l'hémorrhagie cérébrale, la motilité ne se trouvait point toujours altérée de la même manière : que dans certains cas, la paralysie portait exclusivement, ou sur un des membres thoraciques, ou sur un des membres pelviens ; on a voulu remonter à la cause organique de cet isolement des symptômes, et l'on a cru être autorisé à tirer d'un certain nombre de faits les conséquences suivantes : que la paralysie des membres thoraciques dépend d'une lésion bornée aux couches optiques, ou à la masse nerveuse située à leur niveau ou derrière elles, et que la paralysie des membres abdominaux dépend d'une lésion des corps striés ou de la masse nerveuse située à leur niveau, ou au-devant d'eux. Or, ces conséquences sont-elles déduites d'un assez grand nombre de faits, pour qu'on la puisse convertir en lois ? Telle est la question que se pose notre auteur dans cette partie de son livre : il interroge dans ce sens soixante-quinze faits, dans lesquels la lésion est parfaitement limitée, et dans lesquels les théories indiquées plus haut doivent trouver leur confirmation, si elles sont l'expression rigoureuse d'une observation large et bien faite. — Voyons, du reste, les résultats auxquels l'observateur est arrivé. Commençons par les lésions de l'intelligence. Il a constaté que la perte de connaissance, qui arrive souvent au début de la maladie, peut coïncider avec l'hémorrhagie de tous les points possibles du cerveau : mais il y a plus, il cite un cas où le cerveau étant intact dans toutes ses parties, et le cervelet seul étant atteint, la perte de connaissance eut également lieu. — Quant à l'altération plus profonde de l'intelligence, qu'on observe si souvent à la suite de l'hémorrhagie cérébrale, tout le monde sait, que pour un cas où l'on trouve que la lésion a son siège dans l'épaisseur même ou à la surface des circonvolutions, il en est un très grand nombre où la lésion anatomique porte uniquement ou sur les corps striés ou sur les couches optiques. Voyons maintenant ce qui est relatif aux désordres de la motilité. — Sur les 75 cas que nous avons annoncés plus haut, il en a observé 40 dans lesquels les deux membres d'un côté étaient à la fois paralysés : sur ces 40 cas, on en comptait 21 dans lesquels il n'y avait de lésé que le lobule antérieur ou le corps strié. Il y en avait 19 dans lesquels la lésion avait pour siège le lobule postérieur, ou la couche optique : sur ces mêmes 75 cas, dans 33 la paralysie était bornée au seul membre thoracique, dont 11 avec lésion des corps striés ou du lobule antérieur, 10 avec lésion de la couche optique, ou du lobule postérieur, 2 avec lésion du lobe moyen. — Enfin, sur ces mêmes 75 cas, on en rencontre 12 autres dans lesquels la paralysie était bornée au seul membre thoracique, dont 10 avec lésion des corps striés, ou du lobule antérieur, et 2 avec lésion de la couche optique, ou du lobule postérieur. On voit, d'après ces faits, dont on ne saurait récuser l'authenticité, que, dans l'état actuel de la science, tous les efforts qu'on a faits, pour la localisation des deux principaux actes dont le cerveau est l'instrument ont été infructueux. Il en est de même des faits dont M. le professeur Bouillaud avait cru pouvoir conclure que la formation de la

parole a pour instrument l'extrémité antérieure de chaque hémisphère : les faits dont il a tiré cette conséquence n'étaient point sans doute assez nombreux ; s'il n'avait point conclu si vite, il n'eût point manqué d'en rencontrer d'analogues à ceux que cite dans son ouvrage M. Andral, et qui l'eussent empêché d'ériger en règle générale, ce qui n'était qu'une simple coïncidence, un rapport tout fortuit. Mais nous nous hâtons de passer à son ordre 3^e des maladies cérébrales, ou au ramollissement. En abordant cette matière, M. Andral commence par établir que, malgré les excellents travaux de MM. Rostan, Lallemand et Bouillaud, sur ce point difficile de la pathologie, nulle part on ne trouve encore une description complète du ramollissement. Il fait dépendre les lacunes qu'on observe à cet égard dans la science, d'abord de la difficulté du sujet, puis de l'esprit de préoccupation que les divers auteurs ont apporté ici dans l'étude des faits. Il a pensé qu'en se tenant en dehors de toutes théories, en observant les choses à l'œil nu, si l'on peut ainsi dire, il laisserait échapper le moins de faits possible, et arriverait ainsi à une description moins tronquée, moins imparfaite. — Dans cette vue, après avoir rapporté un grand nombre d'observations qui lui sont propres, et en avoir rapproché un plus grand nombre encore, que lui fournissent plusieurs des médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale du ramollissement, passant à l'analyse de ces faits nombreux, il est conduit, d'après les groupes symptomatiques, par lesquels se révèle le ramollissement, à distinguer des cas où le ramollissement se comporte à la manière des maladies chroniques, et d'autres cas où il se comporte à la manière des maladies aiguës : dans le 1^{er} cas, la maladie ne marche que d'une manière lente, et s'accompagne souvent de symptômes, qui simulent complètement une production accidentelle développée dans le cerveau. Dans le 2^e cas, le ramollissement peut avoir une marche franche, se traduire à l'extérieur par des formes symptomatiques, qui n'appartiennent qu'à lui, et ne permettent point de le confondre avec une autre affection. Mais, à côté de ces cas, où la maladie se dessine aussi nettement, il en est d'autres, où les symptômes que la maladie développe sont ceux qui appartiennent ou à l'hémorrhagie cérébrale, ou à certaines variétés de la méningite, de manière que le diagnostic est impossible.

Telles sont les diverses formes, suivant M. Andral, que le ramollissement peut revêtir : ce ne sont point là des coupes artificielles imposées par la théorie, ce sont des physionomies distinctes dessinées avec exactitude. Dans cette analyse, M. Andral se pose une question que nous devons indiquer ici, parce que sa solution nous paraît être de la plus haute importance. Cette question est celle-ci : Quelle est la nature du ramollissement cérébral ? On sait que depuis

long-temps les médecins physiologistes avaient répondu à cette question, et que la plupart l'avaient résolue en déclarant que le ramollissement cérébral, dans tous les cas, était de nature phlegmasique. Déjà plusieurs médecins distingués avaient protesté contre cette étiologie, comme étant une vue toute théorique en désharmonie flagrante avec les faits. M. Andral, par la manière dont il résout cette question, ajoute son autorité à celle de ces derniers, et pense qu'à moins de donner au mot inflammation un sens si général que, devenu synonyme du mot action morbide, il ne signifie plus rien en ne précisant plus rien, on ne peut accepter que le ramollissement soit, dans tous les cas, de nature inflammatoire. Les cas où une hyperémie est évidemment la cause du ramollissement sont des cas réels qu'on ne saurait certainement nier ; mais, à côté de ces cas, il en est où tout ce que l'on observe est la diminution de consistance du tissu cérébral qui a d'ailleurs sa coloration normale. Il y a plus, il est d'autres cas encore tout aussi réels que les deux précédents, où, de même qu'une portion plus ou moins étendue du cerveau est ramollie, elle est plus pâle que de coutume, elle est amincie. On ne peut, sans un grand dommage pour la science, invoquer l'inflammation comme la lésion unique qui commande ces divers ramollissements. L'auteur admet des ramollissements de nature sthénique, des ramollissements de nature asthénique et des ramollissements qui ne tiennent ni à l'une ni à l'autre de ces causes, qui dépendent d'une simple perversion des actions vitales, perversion qui arrive dans ces cas sous l'influence de conditions actuellement inconnues. Il est une pensée qui surgit partout dans l'ouvrage, c'est que les lésions anatomiques, appréciables à nos moyens actuels d'investigation, sont loin d'être toute la maladie ; c'est que, par delà ces lésions, il y a des conditions morbides encore inconstatées qui les précèdent, et qui, dans un bon nombre de cas, tiennent tellement sous leur dépendance les désordres fonctionnels que ceux-ci manqueront, bien que la lésion anatomique appréciable existe si ces conditions primitives n'existent point, et, au contraire, ceux-ci éclateront en l'absence de cette lésion manifeste si ces conditions primitives existent. Nous savons bien que beaucoup d'esprits répugneront à cette conséquence ; ils verront avec peine saper ainsi une des bases les plus solides de la médecine moderne, l'anatomie pathologique ; mais qu'ils lisent avec attention la clinique, ils verront que M. Andral fait encore une large part à cette science ; mais ils verront en même temps qu'on ne peut décliner la conséquence générale que nous venons de formuler. Pour nous, nous n'hésitons point à l'admettre comme l'expression rigoureuse des faits.

MAX. SIMON.

II. — REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

STATISTIQUE.

MORTALITÉ COMPARATIVE DES PAUVRES ET DES RICHES.

Pour arriver à quelques élémens de comparaison pour la mortalité des riches et des pauvres, M. Benoiston de Châteauneuf a eu l'idée de faire des recherches statistiques sur la pairie française et anglaise, sur les vice-amiraux, lieutenans-généraux, présidens des Cours supérieures de Paris, directeurs-généraux, ministres et conseillers d'état, existant tous au 1^{er} janvier 1820. Les annuaires et almanachs royaux lui ont foui, en outre, sur les souverains, sur les princes de l'Europe, sur le haut clergé, les renseignemens dont il avait besoin. De cette manière il avait réuni, à la fin de 1829, seize cents noms, sur lesquels il a pu opérer avec quelque confiance. Ces 1,600 personnes, parmi lesquelles figurent 157 souverains ou princes composant les dix familles couronnées de l'Europe, et huit autres qui, sans porter le nom de rois, règnent cependant sous les différens titres de ducs, grands-ducs, électeurs, landgraves, représentant à M. de Châteauneuf ce que la société a de plus élevé, lui ont paru pouvoir, quant à présent, servir à déterminer comment meurt le riche comparativement à la mortalité qui frappe le pauvre.

Du 1^{er} janvier 1820 au 31 décembre 1829, c'est-à-dire dans l'espace de dix ans, les décès parmi ces 1,600 personnes privilégiées se sont distribués ainsi d'année en année : 57, 47, 49, 56, 61, 61, 46, 51, 50, 44; total, 502, c'est-à-dire à peu près le tiers de la totalité des vivans.

Le second terme de comparaison recherché par M. de Châteauneuf a été pris, dans le 12^e arrondissement de Paris, parmi les chiffonniers, balayeurs, terrassiers, journaliers, des rues Mouffetard, de la Clé, de l'Oursine, etc. Les décès de dix années pour 1,600 individus de cette classe misérable ont donné en somme une mortalité double. Restait à ajouter la mortalité des classes moyennes : c'est ce qu'a fait M. de Châteauneuf, et il est arrivé au résultat suivant : de 25 à 30 ans, la mortalité pour la classe moyenne a été de 1.31 sur 100, celle des riches de 0, celle des pauvres de 2.22; de 30 à 35 ans, 1.56 pour la mortalité commune, 0.85 pour celle des riches, 1.43 pour celle des pauvres; de 35 à 40 ans, les trois objets de comparaison ont donné les chiffres que voici, en suivant l'ordre qui a déjà été indiqué : 1.71, 1.20, 1.85; de 40 à 45 ans : 1.95, 1.93, 1.87; de 45 à 50 ans : 2.21, 1.59, 2.39; de 50 à 55 ans : 2.68, 1.81, 2.50; de 55 à 60 ans : 3.39, 1.68, 4.60; de 60 à 65 ans : 4.41, 3.06, 5.76; de 65 à 70 ans : 5.85, 4.31, 9.25; de 70 à 75 ans : 7.80, 6.80, 14-14; de 75 à 80 ans : 10.32, 8.09, 14.59; de 80 à 85 ans : 13.15, 11.58,....; de 85 à 90 ans : 13.55, 16.29,....; de 90 à 95 ans : 14.5.

Ainsi, pour la classe moyenne, la mortalité

est, entre 70 et 75 ans, de 7.80 sur 100; elle est de 6.80 pour les riches, et de 14.14 pour les pauvres. Le 31 décembre 1829, la chambre des pairs de France se composait de 313 membres, dont les âges réunis formaient dix-huit mille cinq cent trente-cinq ans, et donnaient un âge moyen de 58 ans 5 mois 9 jours.

PATHOLOGIE.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LA GRENOUILLETTE DES NOUVEAU-NÉS, par J.-A. STOLZ, agrégé à la Faculté de Strasbourg.

Un enfant chez lequel on n'avait remarqué, à la naissance, aucun vice de conformation, qui avait la voix assez forte et qui, au bout de quelques heures, avait pris le sein quoiqu'avec un peu de difficulté, teta, les jours suivans, d'une manière de plus en plus embarrassée. Le 3^e jour, pendant qu'il criait, on vit sous la partie antérieure et gauche de la langue, un peu déjetée, une tumeur blanchâtre, transparente, à fluctuation obscure. Cette tumeur était fixée au plancher de la bouche, la langue presque immobile. L'enfant paraissait prendre le mamelon avec plaisir; mais, comme il ne pouvait exercer la succion, il le relâchait bientôt et se mettait à crier. La voix s'était voilée, la respiration s'était un peu embarrassée. M. Stoltz reconnut une grenouillette : il voulut l'exciser après avoir saisi avec des pinces airignes la partie à enlever : mais la ponction faite par l'airigne vida immédiatement la tumeur qui ne put être excisée. — 2 jours après, la poche fut pleine de nouveau, saisie avec une pince à disséquer et excisée.

M. Stoltz rapproche ce cas, d'un cas analogue présenté par M. Paul Dubois. Seulement dans l'observation de ce dernier chirurgien, la tumeur était placée au devant du frein, dans l'épaisseur de la partie antérieure et libre de la langue, complètement étrangère au plancher de la bouche. Ceci rappelle la distinction établie par Lafaye, dans ses notes sur Dionis, des grenouillettes *arrondies* et situées sous la langue, et des grenouillettes allongées situées sous les côtés de la langue; les premières produites par la dilation du canal excréteur d'une glande sublinguale, les secondes dues à la distension du canal de Warthon.

Après quelques lignes de réflexions, M. Stoltz présente les conclusions suivantes :

1^o Il y a deux espèces de grenouillettes que Lafaye a parfaitement distinguées.

2^o Elles peuvent être congéniales, et alors elles ont pour cause l'oblitération de l'orifice du conduit salivaire distendu.

3^o Il faut en débarrasser les malades aussitôt qu'on en a reconnu l'existence, parce qu'elles portent obstacle à l'allaitement.

4^o La meilleure méthode opératoire est l'excision (*Gaz. méd. novemb.*).

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR L'EMPLOI DE L'OXYDE BLANC D'ANTIMOINE DANS LES INFLAMMATIONS AIGUES DE LA POITRINE, par M. MICHEL, docteur-médecin à Sémur, (Côte-d'Or).

Le docteur Michel a déjà publié plusieurs faits importans sur l'emploi avantageux de l'oxide blanc d'antimoine, contre les inflammations aiguës de la poitrine observées dans des circonstances ordinaires et en l'absence de toute constitution spéciale. Les nouveaux faits qu'il offre aujourd'hui à notre attention, ont été recueillis sous l'influence d'un état atmosphérique qui imprimait aux maladies un caractère particulier. C'était en été, par un vent d'Est ou de Nord-Est froid, soufflant continuellement dans des vallées dirigées de l'Est à l'Ouest; presque toutes les maladies prenaient la tournure catarrhale avec un mélange d'affaiblissement nerveux qui les rapprochait de ce qu'on a appelé la grippe. Les quinze pneumonies qu'a eues à traiter M. Michel, lui ont paru de celle que les émissions sanguines compliquent immédiatement de symptômes nerveux graves. Malgré la gravité de tous ces cas, il n'y a eu de saignées pratiquées, que quelques applications de sangsues pour des points pleurétiques: et, comme l'antimoine était administré simultanément, le retour des douleurs pleurétiques après la saignée locale était beaucoup moins fréquent qu'il ne l'est d'ordinaire lorsque l'on ne donne pas l'antimoine. L'oxide a été employé à la dose croissante de 15 à 40 grains pendant 6 ou 8 jours; toujours son action sédative sur la marche de la maladie a été évidente. Des 8 malades dont la plèvre a paru intacte aucun n'a été saigné. Le traitement a été commencé généralement le 3^e et le 4^e jour. L'amélioration des symptômes a été progressive, et la convalescence peu prolongée: une alimentation substantielle était fournie aux convalescens assez promptement. (*Gaz. méd. décembre.*)

NOTE SUR LES OBSTACLES APPORTÉS A L'ACCOUCHEMENT PAR CERTAINES DÉFORMATIONS DU FOETUS, etc., par M. DUGÈS.

Deleurge, en distinguant les monstruosités par excès et par défaut, déclare que les premières seules peuvent mettre obstacle à l'accouchement. M. Dugès regarde cette assertion comme trop générale, et établit que dans plusieurs cas, les vices de conformation de la seconde classe rendent le travail de l'enfantement difficile ou même dangereux.

1^o Si les membres du fœtus sont atrophies, réduits à de simples moignons, il est plus mobile dans l'utérus, plus sujet à une présentation vicieuse, et la version est plus malaisée; faute de prise.

2^o La soudure de l'occiput aux vertèbres cervicales, chez certains fœtus anencéphales dont le rachis est ouvert en arrière; l'adhérence des membres entr'eux et avec le tronc, celle du fœtus aux secondines, la brièveté extrême du cordon sont autant de circonstances défavorables à l'accouchement.

3^o La mort et la putréfaction du fœtus, ainsi que les solutions de continuité qui peuvent en être le résultat, nuisent encore au travail de la

parturition. Ce n'est pas, dit M. Dugès, qu'il faille croire avec les anciens que le fœtus est lui-même le principal agent de sa progression au-dehors; mais on peut penser que sa mort, en arrêtant la circulation utéro-placentale, diminue l'activité, la contractilité de la matrice. On peut croire que le ramollissement plus ou moins considérable qui est pour ainsi dire le premier degré de la putréfaction, réduit le fœtus à une sorte de tampon qui remplit et bouche les passages, au lieu de suivre le mécanisme ordinaire. Cette mollesse fait que le tronc, au lieu de transmettre à la tête l'impression qu'il reçoit de l'utérus, s'affaisse, se replie et présente au détroit supérieur quelque partie peu favorable à un accouchement spontané. Le tableau suivant donne une idée de l'influence qu'exerce la putréfaction sur la terminaison du travail.

Sur 16,652 parturitions opérées en 9 ans à la Maternité, 689 enfans étaient morts-nés (1 sur 22 ou 23); de ces 689, 539 étaient putréfiés, environ 6 sur 9). Pour ces derniers, l'accouchement s'est terminé ainsi qu'il suit:

PRÉSENTATION.

1 ^o nés spontaném.	Vertex ou fesses	514	} 521	} 59.
	Face	7		
	Epaules	4		
2 ^o Tirés av. le forc.	Vertex	5	} 6	} 59.
	Front	1		
3 ^o Par la version.	Vertex	7	} 10	} 59.
	Epaules	3		
4 ^o Ap. craniotom.		3		

Ainsi, 18 fois sur 539, ou 1 fois sur 30, il a fallu recourir à l'emploi de la main ou des instrumens pour les enfans putréfiés, tandis que pour les autres la proportion a été de 1 sur 59 ou 60.

Deux observations, assez étrangères au sujet, terminent la note de M. Dugès.

Dans une seconde partie intitulée additions, le professeur de Montpellier attaque l'opinion qui attribue à la volonté du fœtus la culbute qu'il exécute d'ordinaire avant la naissance, opinion que M. Paul Dubois a étayée de quelques raisonnemens. M. Dugès fonde ses objections sur le tableau suivant, de 21,722 positions bien déterminées.

	Enfans vivans et faibles à terme:	Morts à terme:	Morts et difformés:
Vertex..	20,697	20,005	668
Face....	103	97	5
Pelvis..	804	683	105
Epaules	118	80	28
	21,722	20,685	806

On voit que la proportion des enfans morts-nés par la tête est à celle des autres :: 5 : 1, ce qui favoriserait encore l'opinion que M. P. Dubois paraît adopter, puisque pour les enfans nés vivans, la proportion est :: 26 : 1. Mais M. Dugès allègue que l'on ne peut distinguer les enfans morts par l'effet du travail de ceux qui ont péri avant que le travail commençât, et que les premiers doivent être incontestablement les plus nombreux. Il affirme que sur 20 enfans morts-nés, putréfiés, pas un seul n'a présenté les fesses. Il pense que la fréquence des positions défavorables dans les accouchemens prématurés dépend, non de la faiblesse de l'instinct

déterminateur, mais de l'extrême mobilité d'un petit fœtus dans une grande quantité de liquide, et de sa flexibilité qui lui permet de s'accommoder, d'une façon telle quelle, au passage. Il ajoute que la pesanteur relative de la tête ne saurait à la vérité expliquer *seule* sa position, surtout quand un petit fœtus nage dans un liquide presque aussi pesant que lui-même, mais que cette différence de poids devient une cause réelle du glissement de la tête quand le fœtus plus volumineux est contenu dans une moindre quantité de liquide. Enfin il croit que les *mouvements instinctifs* du fœtus se réduisent à des contractions musculaires, automatiques, amenées par la gêne qu'éprouvent les parties dans certaines positions. Ce sont ces mouvements aveugles, déterminés par une sensation pénible, qui, jointe à la prépondérance de la tête, les font glisser vers le bas. (*Revue Médicale.*)

PHARMACIE.

SUR LA NON EXISTENCE DE L'ACIDE HYDROCHLORIQUE OU DES HYDROCHLORATES DANS L'ATMOSPHÈRE, PRÈS DE LA MER OU SUR LA MER ELLE-MÊME, par M. ROUBAUDI, pharmacien à Nice.

Dans le septième numéro du *Journal de Pharmacie*, publié en 1821, on trouve un mémoire sur la nature de l'atmosphère de la mer Baltique. L'auteur, M. Vogel, de Munich, y arrive à cette conclusion :

1° Que l'atmosphère de cette mer contient moins d'acide carbonique que celle de la terre, et qu'il est probable que l'acide carbonique diminue à mesure que l'on s'éloigne du continent ;

2° Que cette atmosphère renferme des hydrochlorates en plus ou moins grande quantité.

Cette dernière opinion est également soutenue par M. Fodéré, dans son ouvrage sur les Alpes maritimes.

« L'air de la Méditerranée est contraire, dit-il, aux personnes atteintes de phthisie pulmonaire, et, dans les plages maritimes, la marche de cette maladie est plus rapide que partout ailleurs. » D'où il conclut que, dans l'air de la Méditerranée, et même, dans quelques circonstances, jusqu'à douze lieues dans l'intérieur des terres, il existe un principe malfaisant qu'il ne saurait voir que dans les hydrochlorates, ou dans l'acide hydrochlorique libre, qu'il y suppose.

La certitude d'un fait aussi important n'étant établie que par deux observateurs, dont un seul présentait des expériences, il était intéressant de le vérifier de nouveau, d'autant plus que, malgré les assertions de M. Vogel, il répugnait aux chimistes d'admettre l'existence dans l'atmosphère de matières aussi fixes que les hydrochlorates de soude, de magnésie, etc.

M. Roubaudi s'est proposé de fixer les idées à cet égard par des expériences précises. En conséquence, il a suspendu, à six pas du bord de la mer, par un temps calme, un grand ballon de verre rempli d'un mélange réfrigérant de neige et d'acide sulfurique. D'abondantes vapeurs se sont condensées à la surface du ballon, et lui ont fourni un liquide tout-à-fait semblable, en apparence, à l'eau distillée, et dans le-

quel les réactifs les plus délicats n'ont pu signaler aucune trace d'acide hydrochlorique ou d'hydrochlorates.

Le même appareil, placé d'abord à la même distance, et ensuite à cinquante pas du bord de la mer, pendant qu'elle était houleuse et que le vent soufflait vers la côte, a fourni à l'auteur un liquide dans lequel il a facilement reconnu la présence de sels hydrochloriques.

D'un autre côté, une expérience semblable, exécutée sur la mer elle-même, pendant le calme, à cent pas du bord, avec un ballon suspendu à quatre pieds seulement au-dessus de la surface de l'eau, a fourni des résultats négatifs.

Persuadé, d'après ces premières observations, que, dans les circonstances où les vapeurs condensées sur le ballon avaient présenté des traces d'hydrochlorates, l'eau de la mer elle-même avait été transportée en nature par le vent sur les parois du ballon, M. Roubaudi s'est occupé de rechercher si ces vapeurs renfermaient les autres sels contenus dans l'eau de la mer, et l'expérience n'a pas tardé à justifier ses présomptions.

En un mot, il a constaté que les vapeurs, dégagées par l'eau de la mer sur les côtes et au-dessus de la mer elle-même, fournissaient une liqueur chimiquement pure comme l'eau distillée, et que par conséquent l'atmosphère au sein duquel ces vapeurs avaient été recueillies ne renfermait ni les hydrochlorates ni l'acide hydrochlorique annoncés par MM. Vogel et Fodéré.

Il devait en être ainsi, en effet, car autrement les eaux des sources et des rivières, qui résultent de la condensation des vapeurs de la mer, contiendraient des hydrochlorates à base de soude et de magnésie, ce que dément l'expérience.

(*Journal de pharmacie* ; janvier 1834.)

DU PRINCIPE ACTIF DE LA SALSEPAREILLE, par M. BATKA.

M. Batka attribue les propriétés de la salsepareille à un acide particulier qu'il nomme acide parillinique. A l'état d'hydrate, cet acide ressemble à des écailles de poisson ; fondu, on le prendrait pour une résine. Il rougit le papier de tournesol, et se dissout dans l'alcool, dont il se sépare, dans un état cristallin, par évaporation ; il est très peu soluble dans l'eau froide, mais il se dissout en proportion notable dans l'eau bouillante, à laquelle il communique la propriété de mousser fortement. Le chlorure de calcium et les acides minéraux, tels que l'acide hydrochlorique, le précipitent en flocons gélatineux. L'acide nitrique le dissout sans l'altérer. Il forme avec les alcalins des combinaisons solubles, mais incristallisables, et qui toutes donnent à l'eau la propriété de mousser, comme les infusions de salsepareille.

Pour obtenir l'acide parillinique, M. Batka prépare un extrait de salsepareille avec l'alcool absolu, traite cet extrait par l'eau bouillante, qui dissout l'acide parillinique, évapore à siccité, et reprend le résidu par l'acide hydrochlorique ; l'acide parillinique se sépare en flocons, qu'il lave et dessèche ensuite.

(*Journal de pharmacie* ; novembre 1833.)

JOURNAUX ANGLAIS.

PHÉNOMÈNES DES DERNIERS DEGRÉS DE L'IVRESSE, AVEC DES OBSERVATIONS ET DES AUTOPSIES, par F. OGSTON, Licencié du collège royal de chirurgie; Edimb.

M. Pigston paraît avoir profité de circonstances particulières pour étudier un état pathologique souvent léger et peu durable, mais quelquefois accompagné de suites graves, et même, dans un certain nombre de cas, susceptibles de se ter-

miner par la mort. Les divers sujets qu'il a eu occasion d'observer devaient leur mal à l'usage immodéré du whisky (eau-de-vie de grains); l'ivresse produite par cette liqueur est beaucoup plus funeste que celle que le vin détermine; et c'est sans doute à cette particularité que nous devons la différence de gravité qu'on a cru remarquer entre l'ivresse française et celle de nos voisins. M. Ogston commence par donner le tableau des malades qu'il a observés.

TABLEAU

Des phénomènes qui caractérisent les derniers degrés de l'ivresse.

ORDRE.	AGE.	SEXE.	ÉTAT					TERMINAISON.	
			DES PUPILLES.	DU POULS.	DU SENSOR.	DES EXTRÉMITÉS	DE LA FACE.		DE LA RESPIRATION.
1	18	H.	dilatées.	impercep.	coma prof.	froides.	lég. color.	lente.	stupeur, froid.
2	40	H.	Id.	Id.	Id.	Id.	pâle.	laborieuse.	mort en 3¼ d'heures.
3	60	F.	Id.	Id.	Id.	Id.	colorée.	lente.	rigidité, guérison prompte.
4	40	F.	Id.	Id.	Id.	Id.	pâle.	Id.	guérison immédiate.
5	28	F.	très dilat.	Id.	Id.	très froid.	gonfl. liv.	laborieuse.	mort.
6	30	H.	Id.	Id.	Id.	Id.	pâle.	lente.	rétab. du pouls et de la sensib., contract. des pup.
7	60	F.	Id.	Id.	Id.	Id.	colorée.	Id.	stup. froid.
8	22	H.	Id.	Id.	Id.	Id.	pâle.	laborieuse.	mort.
9	38	F.	Id.	Id.	Id.	Id.	léger liv.	lente.	froid. rigidité.
10	30	H.	Id.	faible, lent.	Id.	Id.	naturell.	laborieuse.	délire, puis stupeur.
11	35	H.	Id.	68 puls. m.	coma.	chal. nat.	très pâle.	lente.	coma pendant 8 heures.
12	50	H.	dilatées.	mou, fréq.	Id.	Id.	colorée.	rapide.	convulsions.
13	36	H.	médioc. dil.	faible.	Id.	froides.	pâle.	lente.	stupeur.
14	27	F.	très-dilat.	plein, lent.	coma prof.	très froid.	colorée.	très lente.	convulsions, hyst. et stup.
15	15	H.	dilatées.	faible, m.	Id.	fraîches.	Id.	calme.	délire bruyant, puis stup.
16	13	H.	très-dilat.	faible.	stupeur.	froides.	Id.	lente.	guérison prompte.
17	19	F.	Id.	plein, lent.	coma.	Id.	Id.	Id.	délire bruyant.
18	30	F.	Id.	72, faible.	coma prof.	fraîches.	pâle.	Id.	stupeur, nausées.
19	25	F.	Id.	plein, mou.	Id.	chal. nat.	Id.	calme.	guérison immédiate.
20	27	F.	Id.	84, faible.	Id.	froides.	colorée.	lente.	stupeur, pouls à 104.
21	28	H.	contractées.	plein.	stupeur.	chal. nat.	pâle.	stertoreuse.	stupeur.
22	70	H.	très-cont.	lent.	coma prof.	Id.	Id.	Id.	coma et stert. pend. 8 heures.
23	28	H.	Id.	l. indist.	Id.	froides.	Id.	Id.	id. id. 16 heures.
24	32	H.	Id.	108, mou.	Id.	chal. nat.	p. c. alt.	Id. poussante.	mort, 18 heures.
25	19	F.	Id.	79, résist.	Id.	chaudes.	pâle.	stertoreuse.	coma, 6 heures.
26	27	F.	Id.	84, faible.	coma.	chal. nat.	Id.	Id.	stup. 6 heures, pouls à 100, dilat. des pupiles.

D'après les cas exposés dans ce tableau, et dont plusieurs sont décrits avec quelque détail, M. Ogston admet deux variétés de l'ivresse, l'une avec contraction de la pupille, l'autre avec dilatation; il divise celle-ci en deux sous-variétés, la première dans laquelle le pouls est insensible au poignet, la seconde dans laquelle il est encore percevable. Il rapporte quelques exemples de chacune de ces variétés; et termine cette première partie de son travail par la description de l'ouverture du corps d'un enfant de six semaines dont la mère était adonnée à l'ivrognerie. Cet enfant, que ses parents avaient laissé seul à la maison pour aller boire dans une taverne, fut trouvé mort dans son lit à leur retour.

Son cadavre présentait toutes les altérations pathologiques qu'on rencontre sur les individus morts d'ivresse, et qui vont être indiquées. M. Ogston n'hésite pas à attribuer la fin préma-

turée de cet enfant à la mauvaise conduite de la mère.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur expose et explique les effets des boissons alcooliques sur le cerveau et par suite sur les autres organes; tantôt, sans excitation préalable, mais toujours avec un trouble intellectuel plus ou moins marqué, apparaît la prostration des forces cérébrales; l'intelligence, les facultés sensibles et motrices venant à manquer tout à la fois, la face est pâle, les pupilles contractées, les yeux brillants, souvent injectés, le pouls plein, mou et fréquent, la chaleur de la peau uniforme, et plutôt augmentée que diminuée. Dans ces cas la circulation, la respiration, la calorification continuent à s'exécuter, malgré la paralysie du cerveau, pendant un certain espace de temps; elles peuvent même se soutenir jusqu'à ce que le centre nerveux soit revenu de sa stupeur,

pourvu toutefois que le corps ne soit pas exposé au froid, ou à d'autres circonstances défavorables.

D'autres fois les effets du poison sont tout différents. Après une période plus ou moins prolongée de surexcitation, indiquée par une activité insolite de l'intelligence, l'affaissement cérébral indiqué ci-dessus arrive par degrés. Le malade tombe dans un assoupissement profond, dont aucun effort ne peut l'affranchir; ou si l'on parvient à l'éveiller incomplètement, il a à peine la connaissance de ce qui se passe autour de lui; et retombe à l'instant même. La face est pâle, quelquefois colorée; les yeux sont injectés, vitreux, les pupilles dilatées, à peine sensibles à l'impression de la lumière; la tête est chaude, le tronc et les extrémités sont froids; le pouls est faible, lent, quelquefois imperceptible au poignet. La respiration est lente, c'est-à-dire que l'inspiration et l'expiration sont séparées par un long intervalle, bien que toutes deux et surtout la première soient rapides et brusques. Les côtes sont presque immobiles et la respiration est abdominale, laborieuse et quelquefois convulsive.

Passant ensuite aux altérations pathologiques qu'on observe sur les cadavres d'individus morts d'ivresse, M. Ogston fait la remarque nouvelle et curieuse, qu'elles ressemblent bien plus à celles que détermine l'asphyxie. Les traits sont convulsés, ils expriment l'anxiété et l'angoisse; les yeux sont proéminents, les pupilles dilatées, la face gonflée et livide, les lèvres bleues, le tissu cellulaire infiltré de sang noir et fluide, les canaux aériens rouges, les poumons dilatés, gorgés de sang noir et d'un mucus plus ou moins écumeux; les cavités droites du cœur, les veines caves et l'artère pulmonaire sont remplies aussi de sang noir; on en trouve encore, mais en moindre quantité, dans le ventricule gauche, les veines coronaires et l'aorte; le foie et les reins en sont également gorgés. Dans le crâne, le sinus et le cerveau lui-même contiennent aussi quelquefois du sang noir; mais la seule altération constante qu'on y rencontre est l'épanchement d'un peu de sérosité.

De ce qui précède, M. Ogston conclut que la mort par suite d'ivresse est une véritable asphyxie. Le cerveau, dit-il, grâce au stimulus alcoolique, reçoit une trop grande quantité de sang. Les vaisseaux distendus laissent échapper un peu de sérosité, et, si cet écoulement ne suffit pas pour produire la déplétion, il y a à la fois congestion et épanchement. Le cerveau devenant ainsi momentanément incapable de remplir ses fonctions, d'autres organes sont affectés secondairement, et les premiers pris sont les muscles de la respiration. La respiration devient lente et incomplète, l'hématose se fait mal, la circulation s'embarrasse, le développement de la chaleur est moindre. Le sang vicié agit d'une manière pernicieuse sur le cerveau, et les fonctions de celui-ci s'altèrent de plus en plus; enfin dès que le sang noir est parvenu dans les veines coronaires, la vitalité du cœur finit par s'éteindre et la mort arrive immédiatement.

Cette explication est ingénieuse, et les faits cités par M. Ogston la justifient; il est fâcheux qu'ils ne soient pas plus nombreux. Les autres altérations trouvées sur les cadavres d'individus morts

d'ivresse remontent en général au-delà du dernier excès; telles sont l'inflammation de l'estomac, l'épaississement de ses membranes, l'injection de l'intestin grêle, les ulcérations, etc.; l'hypertrophie du foie et l'altération de sa couleur naturelle, le ramollissement et la pâleur du rein, l'épaississement des parois de la vessie, et l'agrandissement de sa cavité.

L'auteur attribue l'odeur particulière de Phaleine des ivrognes à l'absorption de l'alcool par le poumon; il a même eu l'occasion de vérifier un fait sur lequel il s'était élevé des doutes: je veux dire la présence de l'alcool dans le cerveau. En ouvrant le cadavre de la nommée Caltier, âgée de 40 ans, qu'on avait trouvé dans le canal du comté d'Aberdeen, il recueillit dans les ventricules cérébraux quatre onces d'un liquide, ayant tous les caractères physiques de l'alcool. Le fait fut constaté par le témoignage de trois autres médecins.

Quant au traitement, M. Ogston conseille de vider l'estomac à l'aide de l'émétique ou des boissons chaudes, en favorisant l'action de ces remèdes par la compression de l'épigastre et par l'introduction d'une sonde œsophagienne. Si l'estomac est gorgé de matières solides, il faut les délayer en faisant boire de l'eau tiède. Du reste, il convient d'entretenir la chaleur à la périphérie du corps par les moyens ordinaires; on peut même, ce qui paraît singulier, employer les excitans diffusibles à l'intérieur. Il blâme l'emploi de la saignée, même chez les individus pléthoriques; et il rapporte un cas où l'ayant pratiquée chez une femme forte et sanguine dont la face était d'un rouge livide, le pouls s'éleva d'abord et la stupeur diminua; mais à peine quelques onces de sang s'étaient écoulées que le pouls retomba, devint imperceptible, et la malade ne dut son salut qu'au prompt usage des stimulans. L'ammoniaque, sous forme de carbonate, ou mieux encore d'acétate, peut-être employé dans l'ivresse. Le vinaigre est peu efficace; les affusions froides sur la tête sont de quelque utilité. Pourrait-on, dans le cas de mort imminente, avoir recours à l'entretien artificiel de la respiration? L'auteur compte peu sur ce moyen quand les autres ont échoué; cependant il pense qu'il vaut la peine d'être essayé.

CAS D'EXTIRPATION DU GLOBE DE L'OEIL,
par J.-H. WISHART, Esq. Chirurgien du
Roi en Ecosse.

« Euretta Douglas, d'Alnwick, âgée de 13 ans. — L'œil droit est projeté en avant, la paupière supérieure est fort allongée, et recouvre presque entièrement l'œil quand la malade est endormie. Lorsqu'elle regarde en bas, on sent distinctement une tumeur résistante, voisine de la glande lacrymale, et s'étendant en dedans et en arrière vers le fond de l'orbite. Il y a deux ans que l'œil commença à devenir proéminent, sans qu'on pût en soupçonner la cause et sans que la moindre douleur se fit ressentir; dans l'espace de douze mois, il atteignit le volume qu'il a actuellement, et depuis lors il est resté dans le même état. »

Pendant les trois premiers mois, on ne fit rien; plus tard un chirurgien consulté, crut re-

connaître une hydropisie de l'œil. Les sangsues dans la région surcilière, les vésicatoires aux tempes furent employés sans résultat; les pilules et les poudres purgatives furent également inutiles.

Enfin, M. Wishart, M. Gillespie et M. Ligars regardèrent l'extirpation comme indispensable, elle fut pratiquée par la méthode ordinaire. L'hémorragie fut considérable. On remplit l'orbite de charpie fine; une compresse maintenue par quelques tours de bande, fut placée sur la paupière abaissée, et ces moyens simples suffirent pour arrêter l'écoulement du sang. Un peu de fièvre et d'agitation; une constipation légère furent les seuls symptômes qui entravèrent la guérison; on combattit les premières par l'usage de l'opium, la seconde par l'administration du jalap; la charpie fut retirée peu à peu, la suppuration d'abord abondante, diminua par degrés et finit par se tarir, la paupière supérieure revint sur elle-même; et, au bout de six semaines, la cicatrisation était opérée et la santé générale parfaite. Un an après, rien encore n'avait donné lieu de craindre une récidive.

En disséquant la tumeur, immédiatement après l'opération, on vit qu'elle avait son siège dans la substance du nerf optique, et que le névrilemme distendu lui servait d'enveloppe. Elle était ferme, résistante et formée de substance cérébriforme. L'œil lui-même était parfaitement sain.

La seule observation connue qui ressemble à celle-ci, dit l'auteur, est celle que rapporte Panizza et qui a pour objet une jeune fille de six ans, chez laquelle on trouva non-seulement une tumeur autour de chacun des deux nerfs optiques, mais encore une masse encéphaloïde considérable à la base du cerveau. Nous regrettons bien vivement que le chirurgien écossais n'ait pas décrit ce qu'il a vu avec la même précision que l'auteur italien. Depuis que Laënnec a fixé l'attention des médecins sur la matière encéphaloïde, il s'est élevé des opinions si diverses sur la nature et l'origine de cette matière, sur son analogie ou même son identité avec des tissus normaux et avec d'autres tissus accidentels, que tout ce qui peut éclaircir la question devrait être observé avec le soin le plus minutieux.

III. — MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE HOMEOPATHIQUE DE PARIS.

Rapport sur l'ordre des travaux de la Société, par M. BLANC.

Messieurs, quelque variées que soient les méthodes curatives qui constituent la *médecine pratique*, il n'est pas de médecin éclairé et de bonne foi qui ne s'avoue leur insuffisance.

Sans doute la médecine s'est enrichie de précieuses découvertes, et, sans les énumérer, on peut dire que les lésions organiques sont mieux connues, les médications plus simples, moins aventureuses qu'autrefois. Néanmoins, et sans acception de *doctrine* ou de *système*, il n'est pas permis à un praticien, après quelques mois d'expérience, de nier qu'il rencontre à chaque pas des maladies réfractaires aux moyens dont il dispose.

Cette position, commune à tous les médecins, était la nôtre à chacun lorsque nous avons entendu parler de la *méthode homeopathique*.

Nous avons pensé que celui qui fait profession de diriger ses semblables dans la conservation de ce qu'ils ont de plus cher, la *santé*, ne pouvait, sans rester au dessous de sa mission, ignorer ou connaître superficiellement une méthode dont tant de savans attestaient l'efficacité.

Les prétentions bien ou mal fondées des *médecins homeopathes* ne nous ont pas paru pouvoir être repoussées sans étude.

Ce n'est pas au dix-neuvième siècle que l'on verra étouffer une idée nouvelle, par cela seul qu'elle choque les idées reçues. Est-elle vraie? est-elle fautive? Voilà toute la question. Pour la résoudre il faut l'étudier.

Nous nous sommes donc mis à l'étude, et sans retracer les diverses phases d'étonnement, d'incrédulité, de doute, de croyance faible, de foi plus vive, de conviction profonde, par lesquelles

nous avons dû passer, nous dirons seulement que, pour nous, la réalisation des promesses de l'homeopathie est devenue un *fait journalier*.

En cela nous avons suivi une autre voie que celle où s'égarent tant d'hommes, cette voie de *doctrinarisme*, où par cela même que l'on veut comprendre tout ce qu'on admet, on est conduit à n'admettre que ce que l'on comprend. Cependant, dans les sciences naturelles, que de faits incontestables dont nous ignorons les lois de production! Nous avons ajourné les questions théoriques de l'homeopathie; nous avons commencé par apprendre à nous servir de l'instrument homeopathique, nous l'avons fait fonctionner, et nous en avons constaté les effets.

Remarquons que c'est peut-être la première fois qu'une doctrine médicale doive être *expérimentée* avant d'être *raisonnée*. Lorsqu'on a enseigné qu'il fallait *stimuler*, *contre-stimuler*, *saigner jusqu'à deliquium* les hommes: certes, il a fallu une grande conviction d'esprit avant de mettre de tels préceptes en pratique. Mais, quand on préconise l'emploi de *substances connues*, *journellement usitées*, à dose si faible qu'elle ne fait naître dans l'esprit du praticien d'autre sentiment que celui d'*impuissance*. En vérité, il y aurait déraison, alors qu'on a tant de maladies chroniques, *réputées incurables*, de ne pas éprouver l'efficacité de moyens en apparence si inoffensifs.

Convaincus de la supériorité de la méthode homeopathique sur les autres, nous aurions pu nous borner à la pratiquer individuellement: heureux de nous retrouver moins impuissans en présence de la maladie, nous avons compris un devoir nouveau.

A nos yeux, l'homeopathie est utile à l'humanité; nous devons non seulement l'employer, mais la propager. Pour y parvenir, nous nous sommes unis entre nous *croyans*: nous avons

formé une *Société de médecine homeopathique*.

Là, mettant en commun le produit de nos études, de nos méditations; publiant sans enthousiasme, sans passion, les observations que nous avons recueillies, nous remplirons plus facilement notre tâche.

Nous aurions dû, peut-être, rester effrayés de notre faiblesse lorsque nous nous sommes comptés et que nous avons mis nos moyens en regard des obstacles qu'il est aisé de prévoir. Mais nous devons avoir foi dans la droiture et la probité des hommes de science. Dans notre pays, on a pu rejeter, sans les avoir approfondis, les principes étranges de l'homeopathie, on ne rejettera pas des faits exacts, vrais, que chacun d'ailleurs pourra vérifier. Initiés ainsi à la pratique de notre méthode, nous verrons bientôt les hommes de travail se joindre à nous, et coopérer à l'achèvement de l'œuvre.

C'est donc là, d'abord, qu'il faut tendre. A nous les hommes de travail! Déjà, vous le savez, nous avons une voie qui nous permet de communiquer avec eux. Le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* nous est ouvert. Nos travaux n'y trouveront pas encore une place suffisante: espérons qu'elle s'étendra avec l'intérêt qu'inspirera l'homeopathie.

Dans quel ordre devons-nous faire nos premières publications? Devons-nous, présentant dans son ensemble la doctrine de Hahneman, aborder de suite les questions de théorie, soulever une polémique sur la philosophie de l'art, étayant le tout d'observations plus ou moins merveilleuses? Non; ce serait employer une mauvaise méthode.

On ne discute fructueusement qu'alors qu'on se comprend bien; on ne se comprend bien qu'alors qu'on se sert du même langage. Vous parleriez la langue homeopathique, vos adversaires ne la possèdent pas; on s'épuiserait de part et d'autre en vaines et improductives discussions. L'art d'écrire et de convaincre n'est pas, dès le début, de choquer l'esprit du lecteur par la conclusion, mais bien de le saisir au milieu de ses idées habituelles, et, de corollaire en corollaire, l'attirer dans un cercle d'idées nouvelles qu'il adopte et dont il subit la conséquence.

Parmi les principes de l'homeopathie, il y en a qui dominent tous les autres; énoncez-les. Quand la réalité des grands faits primordiaux qui leur servent de base sera reconnue par vos lecteurs, marchez; ils vous suivront.

Ainsi, l'homeopathie dit: « La première qualité du médecin est de connaître les effets pathogénétiques des substances sur l'homme sain. »

Donnez-leur des substances étudiées jusqu'à ce jour par Hahneman et ses disciples; indiquez les conditions dans lesquelles il faut se placer, et comment il faut procéder pour reproduire ces faits.

L'homeopathie dit: « Les effets d'une substance ne peuvent être constans que lorsque la substance est employée sans mélange et en quantité bien déterminée.

« La vertu propre des médicamens, exprimée par ces mots: *effets primitifs*, se manifeste mieux avec des quantités faibles qu'avec des quantités élevées qui provoquent des effets réactifs ou secondaires, c'est-à-dire propres à l'homme, étrangers au médicament.

« En conséquence, il faut préparer toujours les médicamens par le procédé homeopathique et les employer aux 20^e, 30^e, atténuation, dilution, etc., c'est-à-dire aux doses infinitésimales. »

Dites comment on se procure ces agens homeopathiques; comment on s'en sert pour constater leur action.

L'homeopathie dit: « Les maladies guérissent par le fait de l'action d'une substance sur l'homme.

« La substance qui guérit une maladie est appelée son *spécifique*. L'art du médecin est de découvrir le spécifique de la maladie pour laquelle il est consulté. Il le peut toujours à l'aide de la méthode suivante qui prend le nom de *naturelle*.

« Le remède homeopathique ou spécifique d'une maladie est la substance qui produit chez l'homme sain des effets primitifs aussi semblables que possible aux symptômes de la maladie. »

Donnez la manière de faire homeopathiquement le tableau des symptômes d'une maladie, l'indication des livres où sont rassemblés les effets pathogénétiques des substances; dirigez ainsi le praticien qui voudra éprouver l'efficacité de notre science sur des maladies chroniques qu'il ne peut guérir allopathiquement.

Je ne pousserai pas plus loin le développement de cet ordre de travaux. Je ne le motiverai plus que par une considération.

L'homeopathie commence à occuper plusieurs savans dont l'opinion est puissante en médecine. Avant de se jeter dans une longue série d'études nouvelles, ils pensent, et je les approuve, devoir s'assurer du fait homeopathique. Pendant que les discussions soulevées dans les écrits homeopathiques rouleraient sur les systèmes passés, présents et futurs, sur le *Brownisme*, le *physiologisme*, etc., ces praticiens continueraient à expérimenter sans guide (car le génie lui-même ne peut savoir ce qu'il n'a pas appris); leurs résultats seraient mauvais, leur conclusion fautive, injuste peut-être, et l'homeopathie mal jugée.

Vous savez que déjà quelques médecins essaient l'*aconit* et les *saignées*, font prendre les globules d'heure en heure (ce qui doit se faire si rarement), donnent 100 globules à la fois de *nux vomica*, se plaignent de ne pas obtenir en peu d'heures des effets qui ne se doivent manifester qu'en plusieurs jours, etc.

Que vos publications, moins savantes en homeopathie, portent dans l'esprit de vos lecteurs le désir de se convaincre; obtenez qu'ils veuillent bien faire des essais, dirigez ces essais pour qu'ils soient concluans, vous aurez conquis à la belle doctrine de Hahneman les hommes de travail; vous aurez été plus utiles qu'en vous livrant de suite à des recherches, à des questions dogmatiques d'un ordre plus élevé, si l'on veut, mais qui, aujourd'hui, sont inopportunes.

La Société adopte le rapport et en vote l'impression.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Plusieurs chirurgiens de la capitale se sont

mis sur les rangs pour remplacer M. Boyer à l'académie des sciences : MM. Breschet, Lisfranc, Roux, Velpeau, etc., sont du nombre. L'attention publique se fixe surtout sur les prétentions de MM. Breschet et Roux.

Nous avons sous les yeux la note des travaux scientifiques de ces deux derniers chirurgiens.

Tous deux ont beaucoup fait, et à tous deux la science doit beaucoup. Auquel doit-elle davantage ? Nous ne nous hasarderons pas à por-

ter à la hâte un jugement que nous savons difficile à prononcer même après un examen long et spécial. Si l'académie donne plus d'importance aux titres d'anatomie comparée, de physiologie et de littérature médicale, la balance devra pencher en faveur de M. Breschet ; que si, au contraire, elle regarde la chirurgie comme plus méritoire, M. Roux l'emportera. En tous cas, il n'y a pour elle qu'un bon et digne choix à faire.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PL. VI. RÉGION APONÉVROTIQUE DU PLI DU BRAS.

Côté droit, adulte, grandeur naturelle.

Indication des parties. — A, extrémité inférieure de la saillie deltoïdienne ; B, bord externe, C, bord interne du bras ; D, E, bord externe, F, G, bord interne de l'avant-bras ; H, épitrochlée. — *a, a, b, b, b, b, c, c, d, d, d, d*, coupe de la peau sur la face antérieure et sur les bords externe et interne du bras et de l'avant-bras. — *e, e*, veine radiale antérieure ou céphalique de l'avant-bras ; *f, f, f, f, f, f, f, f*, veines cubitales antérieures ou basiliques de l'avant-bras ; *g, g*, veines cubitales postérieures ; *h, h*, veine médiane commune ; *i*, veine communicante ; *k*, veine médiane céphalique ; *l*, veine médiane basilique ; *m*, veine céphalique ; *n*, veine basilique ; *o*, basilique cutanée ou petite basilique. — *p, p*, nerf cutané interne ; *q, q*, divisions principales du cutané interne ; *r, r*, nerf cutané externe, ou musculo-cutané ; *s, s, s*, divisions principales du cutané externe. — I, K, aponévrose brachiale au devant de la saillie du biceps ; L, L, la même aponévrose au devant des muscles de la région externe et antérieure de l'avant-bras ; M, N, O, la même aponévrose au devant des muscles rond pronateur, palmaires et cubital antérieur ; P, tendon du biceps brachial ; Q, Q, expansion de ce tendon qui se jette sur la face antérieure du rond pronateur, et renforce l'aponévrose du bras.

REMARQUES.

Il y a évidemment deux aponévroses au devant du pli du bras : l'une extérieure aux veines, aux nerfs cutanés et à la couche graisseuse, est mince, brillante, et n'a qu'un seul ordre de fibres ; l'autre placée en dessous de ces organes est l'aponévrose brachiale même, dont les fonctions et la véritable disposition ont été si négligemment décrites.

Vue antérieurement dans l'étendue de notre région, et indépendamment des aponévroses de chaque muscle, l'aponévrose du bras est une membrane fibreuse, blanche, brillante, à peine interrompue par quelques fentes et quelques trous, destinée à envelopper, à contenir, à séparer les muscles du membre, et à régler et aider l'action de chacun d'eux. Elle n'a pas partout la même force, ni la même structure. Au devant du biceps, elle est formée d'une seule couche de fibres aplatis comme de très petites bandelettes, plus larges pourtant en dedans

qu'en dehors et en devant, dirigées obliquement en bas et en dedans, ou plutôt montant de l'épitrôchlée et de l'aponévrose inter-musculaire interne, par dessous les nerfs et veines *cutanés internes*, au devant de la saillie du biceps. A la face interne de l'avant-bras, et principalement dans la moitié interne, l'aponévrose n'est plus simplement constituée par un plan extérieur de fibres transverses qui paraissent être la continuation de celles du devant du bras ; elle est croisée par des fibres intérieures, longitudinales, très distinctes des aponévroses musculaires, mais moins nombreuses et moins fortes que celles du premier plan. A la partie externe de l'avant-bras, il n'y a guère qu'un plan transversal de fibres, excepté au devant du sillon oblique qui sépare le long supinateur du brachial antérieur où l'on voit quelques fibres longitudinales, passer d'un bord à l'autre de l'intervalle, au devant de la graisse et du nerf radial qui y sont cachés.

Le tendon du biceps et l'aponévrose qui s'en détache méritent une attention particulière ; c'est toujours derrière elle, au devant du brachial antérieur, entre le bord interne du biceps et le bord externe du rond pronateur que se trouve l'artère brachiale, le nerf médian et une ou plusieurs veines.

Au bras, l'aponévrose naît principalement de l'épitrôchlée et des aponévroses inter-musculaires interne et externe. A l'avant-bras elle naît du bord interne du cubitus et externe du radius, et descend évidemment du bras sur l'avant-bras. La continuation en dehors est moins évidente : les fibres qui passent du brachial antérieur au long supinateur, paraissent sortir de dessous le biceps à peu près horizontalement.

L'aponévrose brachiale envoie des cloisons de même nature qu'elle à l'intérieur du membre et dans plusieurs sens. On ne saurait voir ici les cloisons qui vont d'un côté à l'autre, mais il est facile d'apercevoir le bord antérieur de celles qui sont verticales, ou légèrement obliques. Est-ce que ces cloisons descendantes existent bien par elles-mêmes, ou ne sont-elles que les fibres brachiales transverses, attirées fortement au devant des muscles de l'épitrôchlée et retenues là par le bord antérieur des aponévroses propres qui séparent et attachent les fibres de ces muscles ? Quoi qu'il en soit, on peut compter plusieurs de ces cloisons : une principale qui suit le bord interne du long supinateur, est presque verticale, au-devant d'elle se trouve une espèce de gouttière ; une autre courte, oblique, passe entre le rond pronateur et les palmaires ; une

autre enfin sépare les pulvaires et le cubital de devant. — Les fentes de l'aponévrose brachiale se trouvent le plus souvent au devant et en haut des muscles de l'épitrochlée, entre les fibres qui descendent du bras; elles sont plus ou moins grandes, plus ou moins nombreuses, et laissent voir les aponévroses musculaires propres. — Les trous de l'aponévrose brachiale pour le passage des vaisseaux et des nerfs sont petits et inutiles à connaître. Ce n'est pas un trou, c'est un conduit, une gaine, par où passe la veine communicante; et c'est une gouttière véritable, large et solide, dans laquelle descendent la veine basilique et le nerf cutané interne. Quelquefois même la petite basilique a pour elle un petit conduit cellulo-fibreux particulier.

Les veines superficielles du pli du bras sont quelquefois petites et en petit nombre; le retour du sang se fait par les veines profondes, et la communicante, peu utile alors, est aussi peu volumineuse. D'autres fois elles gisent au dessous d'une épaisse couche de tissu graisseux à la surface de l'aponévrose profonde. Enfin, d'autres fois elles sont noueuses, saillantes et comme variqueuses.

On doit remarquer ici l'analogie de nombre, de situation, de distribution entre la veine et le nerf du dedans, la veine et le nerf du dehors du membre supérieur. Les racines basiliques avant leur réunion, la basilique elle-même avant d'entrer dans sa gouttière, et le nerf cutané interne après en être sorti méritent presque le nom de *cutanés internes*. Quelque chose d'analogue, à la gouttière près, pourrait se dire de la veine et du nerf de la partie externe. — L'origine des veines du pli du bras est celle-ci: les racines de la basilique viennent des parties interne, antérieure et postérieure de la moitié cubitale de l'avant-bras et du poignet. La céphalique, elle, ramasse le sang des parties antérieure, externe et postérieure de la moitié radiale de l'avant-bras. La *médiane commune*, qui naît sur le devant de l'avant-bras, se décharge le plus souvent dans la communicante, et c'est de la *médiane commune* et de la *communicante* que partent les médianes céphalique et basilique. La céphalique du bras se dirige en haut et superficiellement, entre le deltoïde et le grand pectoral jusque dans l'écartement supérieur de ces deux muscles, en passant le plus souvent au dessous, rarement au dessus, quelquefois au dessous et au dessus de la clavicule; elle se rend dans l'une des veines postéro-claviculaire, ou postéro-mastoiïdienne, ou dans le pied de la veine jugulaire externe. Pour la basilique, elle monte dans sa gouttière propre jusqu'au bas de l'aisselle, où la joignent les veines humérale, basilique cutanée, etc.; toutes ensemble vont constituer la veine axillaire. Une observation à faire encore sur les veines de notre région, c'est qu'en général elles sont obliques de bas en haut et de dehors en dedans, depuis le poignet jusqu'au pli du bras.

— Nous ne dirons rien de la distribution des deux nerfs cutanés dont on se fait une idée suffisante par un simple coup-d'œil. Ils naissent tous deux du plexus brachial, et le cutané externe, avant d'arriver à la peau, derrière le tendon du biceps, a déjà donné plusieurs filets aux muscles brachiaux antérieurs et traversé

l'un d'eux: d'où lui viennent ses noms de *perforant* et de *musculo-cutané*.

Nous avons dit qu'au niveau du pli du bras, au devant, au dessus et au dessous de ce pli, les vaisseaux et des nerfs se trouvaient placés entre deux aponévroses, l'une superficielle, l'autre profonde, qui n'est que l'aponévrose même du bras. Il faut ajouter qu'entre ces deux aponévroses, outre les vaisseaux et les nerfs, se trouve une couche de tissu cellulaire, plus ou moins épaisse, plus ou moins graisseuse, et dont il faut tenir bon compte. Cette couche graisseuse, qui concourt à donner aux bras de femme la rondeur et la grâce qu'on leur connaît, chez les femmes aussi a plusieurs inconvénients: ceux, par exemple, de rendre difficile ou impossible la saignée du bras. Le point du pli du bras où elle est le plus épaisse est précisément l'un des plus favorables à cette opération.

Les artères du pli du bras qui dépassent l'aponévrose peuvent être négligées sans le moindre inconvénient. Il est même plus difficile qu'on ne pense de les injecter, à moins de précautions spéciales. Quelques artérioles, adroitement disposées, auraient pu faire bon effet dans la planche, mais il eût fallu les feindre, et nous ne l'avons pas fait.

— Le tissu aponévrotique est insensible au bras comme ailleurs; les accidens attribués pendant si long-temps à la piqûre des aponévroses ou tendons du bras, surtout au tendon du biceps, sont regardés aujourd'hui, avec raison, comme dépendans de la lésion des vaisseaux et des nerfs. Un effort extraordinaire peut rompre le tendon bicipital, un instrument le trancher; l'aponévrose d'enveloppe peut être rompue, divisée en ses différens points. On voit facilement quels seraient l'effet et le remède de pareils accidens; l'effet de la rupture ou division du tendon bicipital gênerait ou empêcherait la flexion du bras, et se guérirait comme la lésion du tendon d'Achille, par la flexion continuelle et absolue du bras sur l'avant-bras, etc.; l'effet de rupture ou incision d'un point de l'aponévrose serait la hernie musculéuse qui pourrait être pincée et étranglée dans l'ouverture, et qui guérirait par le débridement, la compression exacte et long-temps continuée.

On ne connaît pas de maladie isolée de l'enveloppe fibreuse du bras ou de l'avant-bras, mais on la voit souvent s'altérer, quand les muscles qu'elle entourait ont été abreuvés de pus formé là ou venu d'ailleurs; ou par le contact des tissus altérés qui sont autour d'elle ou enfermés dans ses cloisons; dans les maladies de tous les tissus du bras, etc.

— La couche graisseuse est susceptible de nombreuses altérations qui lui sont propres ou qu'elle emprunte aux organes environnans. Elle est le siège immédiat des trombus, ecchymoses, abcès, phlegmon, etc. Pendant que la peau s'amincit et se décolore, elle quelquefois s'infiltré ou bien s'épaissit, se durcit, se lardace. Sa quantité et sa disposition sont souvent fort embarrassans.

— On n'observe pas que les nerfs cutanés de l'avant-bras soient, comme ceux de la face, du cou, de la cuisse, sujets à des douleurs vives, fréquentes, périodiques, en un mot à

des névralgies. Dans certaines maladies graves dont le siège est au cerveau, la peau de l'avant-bras peut s'engourdir ; perdre de sa sensibilité au point d'être pincée ou tordue impunément.

La position superficielle des nerfs cutanés du bras et la distribution de leurs principales divisions autour des vaisseaux veineux du bras, les expose aux blessures et aux violences extérieures, et leur fait courir un danger évident, chaque fois qu'une opération, même simple, est pratiquée aux environs du pli du membre. La pointe de l'instrument peut les piquer, les diviser imparfaitement. Ils peuvent être serrés dans une ligature vasculaire ; un coup violent sur le bras peut les contondre, un éclat de bois les déchirer, etc. Le premier de ces maux n'est rien en comparaison des trois autres, et le traitement de chacun d'eux doit varier suivant la cause et les circonstances.

— Les artères sous-cutanées du bras sont trop petites et trop peu nombreuses pour qu'on s'en occupe ici.

— Je ne sais s'il est possible qu'une veine soit ouverte ou détruite sans que la peau ait cessé d'être entière ; peut-être qu'une contusion violente et soudaine pourrait avoir ce résultat. La piqure d'une veine à travers la peau produirait au bras un trombus peu inquiétant, comme il arrive dans la saignée lorsque le parallélisme des couches est perdu. Les veines du bras peuvent s'oblitérer à la suite de fréquentes blessures : ainsi l'on voit souvent sur des sujets qu'une maladie du cœur, par exemple, a réduits à supporter de fréquentes saignées, les veines du pli du bras changées en cordons tout-à-fait imperméables.

La dilation variqueuse des veines superficielles s'observe bien moins souvent dans le membre supérieur que dans le membre inférieur ; et la différence de situation, de volume, de trajet des vaisseaux, la différence de fonction des deux membres expliquent bien le fait.

Cependant il n'est pas rare encore de trouver des exemples de varices à la surface du bras. J. L. Petit rapporte l'observation d'un malade qui portait au pli du bras une varice volumineuse : « L'embonpoint de ce sujet était tel « que, ne pouvant trouver aucune autre veine « pour la saigner, le chirurgien se détermina « à piquer cette varice, et répéta un grand « nombre de fois l'opération de la même manière. » Une compression douce, égale, graduée, exercée de bas en haut, du poignet vers l'épaule, serait le meilleur moyen de traiter les varices du bras, peut-être même de traiter et de fermer les ulcères variqueux qui, là comme ailleurs, se montrent si obstinés, si réfractaires.

Les veines du bras partagent avec les sinus utérins le triste avantage d'être le plus exposées et le plus sujettes à l'inflammation. Or, l'inflammation des veines, que les anciens connaissaient à peine ou ne connaissaient pas, à laquelle on a donné beaucoup d'attention dans ces derniers temps, est reconnue aujourd'hui pour un mal fréquent et redoutable.

Faut-il admettre pourtant, avec un professeur contemporain, que la phlébite joue le rôle principal, quoique indéterminé, dans la plupart des maladies graves ? Faut-il dire avec lui que la phlébite domine la pathologie toute entière ?

Non ; car ce serait aller, d'une part, plus vite et plus loin que l'observation, et oublier, de l'autre, cette maxime de bon sens médical : que ce n'est pas assez de l'altération de l'un de nos élémens organiques, non plus que d'un seul mode d'altération de ces élémens, pour rendre raison de l'altération de tous les autres ou de tous leurs modes d'altération. La phlébite, pas plus que l'irritation, ne paraît destinée à tout expliquer.

La phlébite au bras est un des plus fâcheux accidens de la saignée ; c'est même à la suite de cette opération qu'elle se montre le plus souvent, et le plus souvent funeste. Chacun sait tout ce qu'il faut attribuer de puissance aux prédispositions, à l'état particulier, aux causes spéciales et occultes, à la malice des circonstances ; et, malgré tout cela, cette coïncidence commune d'une opération si simple et d'une maladie si grave, porte d'abord à se demander si la cause du mal n'a pas été portée par l'instrument dans l'intérieur même de la veine, et si l'opérateur a suivi en tout les préceptes de l'art de la prudence dont rien ne peut dispenser, même une seule fois. On se demande encore si la cause d'un mal, si subit qu'il semble inoculé, ne serait pas purement anatomique ? si la piqure, le déchirement, la lacération de quelque filet particulier de l'un des cutanés ; si l'étendue, la forme, la direction, etc., de la blessure faite à la veine, ne serait pas capable de produire les effets observés ? Mais il n'est que trop vrai qu'au mépris de toutes règles et de toute prévision, sans cause appréciable, des phlébitis sont venues atteindre et immoler en quelques jours des sujets forts dont l'état ne donnait aucune crainte, et à qui on n'avait fait d'autre mal qu'une saignée de précaution.

Au lieu de faire abstractivement la description de la phlébite brachiale, ou d'origine brachiale, nous allons rapporter deux histoires de phlébitis assez curieuses et bien avérées.

Première observation. — Un soldat robuste, âgé de trente-six ans, fut saigné au bras pour une ophthalmie. La petite plaie de l'opération guérit ; mais, le lendemain de la saignée, une tuméfaction et une douleur considérables commencèrent à se manifester dans le bras, et s'étendirent vers la partie supérieure. Il survint de la fièvre qui s'accrut par degrés. Le dix-septième jour après la saignée, pouls faible, battant cent vingt fois par minute ; peau chaude ; langue couverte d'un enduit brunâtre ; respiration difficile ; douleurs à la tête, au dos et aux membres ; le malade se plaint d'une grande prostration. Le vingt-troisième jour, mêmes symptômes ; mais apparition d'une tumeur douloureuse au dessus de la clavicule ; quelques jours plus tard, autre tumeur, molle, diffuse, située au dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Les symptômes s'accroissent lentement, le malade éprouve du délire, et meurt dans le courant de la septième semaine après la saignée.

Autopsie cadavérique. A l'endroit où l'on avait pratiqué la saignée, la veine céphalique ressemble à une artère par l'épaisseur de ses membranes et par la forme circulaire qu'elle conserve lorsqu'on la coupe en travers ; elle est saine au dessous de la piqure ; mais, un pouce

au dessus et jusqu'à l'épaule, elle est oblitérée; les glandes absorbantes sont tuméfiées et endurcies au dessus de la clavicule; la veine jugulaire interne est très-dilatée, à parois épaissies, ayant les apparences extérieures d'une artère, et offrant des traces d'inflammation dans tout son trajet; les veines axillaire et brachiale sont dans le même état; les veines jugulaire externe, sous-clavière et plusieurs autres, remplies de pus, tapissées intérieurement de lymphé (fausse membrane), et ont aussi leur parois très-épaissies. L'inflammation, l'adhérence et l'induration étaient telles à la partie supérieure du bras, que ce n'est qu'avec une difficulté extrême qu'on suit les vaisseaux et qu'on les isole. Ces apparences morbides ne se perdent pas graduellement, mais se terminent tout à coup: la veine cave supérieure et le cœur sont dans l'état sain; la cavité thoracique contient un fluide séreux, mêlé de flocons de lymphé; les poumons adhèrent partiellement à la plèvre costale, et renferment quelques petits abcès; les ventricules cérébraux contenant une plus grande quantité de sérosité qu'à l'ordinaire; les veines de la pie-mère sont gorgées de sang, et une dilatation remarquable se montre à la grande veine de Galien et aux sinus. (Hodgson, *Traité des maladies des artères et des veines*, trad. française, tom. II, p. 389).

Deuxième observation. — Un militaire âgé de trente-trois ans, d'une constitution détériorée, est saigné de la veine médiane basilique du bras droit pour une ophthalmie, de laquelle il est convalescent au bout de trois jours; après quoi la maladie reparait avec une nouvelle intensité. Des douleurs se font sentir dans le bras, dont la petite plaie, laissée à nu et irritée, ne se cicatrise point; les bords de celle-ci s'écartent et se renversent; il en sort un peu de pus; la douleur s'étend vers l'épaule, en suivant le trajet de la veine; le pouls devient fréquent; il y a rougeur et tension; les veines

grossissent, et la douleur s'accroît. On emploie les cataplasmes, les fomentations, les sangsues sur le membre malade, et le calomel à l'intérieur; diminution des accidens, trois selles copieuses, mais la fièvre continue encore. La plaie ne se cicatrise pas entièrement; et il n'y a point d'amélioration dans l'état général du malade, dont la fièvre, loin de cesser, offre les caractères du typhus. Enfin la mort arriva le vingt-unième jour après la saignée.

Autopsie cadavérique. Piqûre de la veine fermée: ce vaisseau est très-dilaté, plus épais que dans l'état ordinaire, adhérent au tissu cellulaire ambiant, et n'offre, du reste, aucune altération produite par la lancette; du pus existe dans la grande veine médiane, environ à deux pouces au dessous de l'origine des médianes basilique et céphalique; tout le trajet de la veine humérale jusqu'à l'axillaire en contient aussi, et, de plus, un dépôt irrégulier de lymphé adhère à la membrane interne: avant de passer sous la clavicule, et à un pouce de distance de cet os, le vaisseau reprend tout à coup son aspect naturel. (*On wounds and ligatures of veins*, M. Travers, p. 227. *Voy. Cowper's and Travers's surgical Essays*, part. I).

Toutes les phlébites du bras venues à la suite d'une saignée ne sont pas mortelles, mais toutes sont graves et disposées à la malignité. Nous aurions voulu donner quelques autres exemples de phlébites beaucoup plus aiguës que celles que l'on vient de rapporter, et également funestes; quelques autres enfin se terminant heureusement sous l'influence d'une médication antiphlogistique, mercurielle, etc.; nous aurions voulu surtout rapprocher de la phlébite les accidens redoutables qui surviennent à la suite des piqûres de scalpel, des blessures d'amphitéâtre. L'espace nous manque et l'occasion reviendra.

Jacques LEBAUDY.

RÉFORME MÉDICALE.

Le gouvernement vient de nommer une commission spéciale chargée de faire un projet de loi sur la réorganisation médicale. Cette commission est composée de la manière suivante:

MM. VILLEMAM, président de la commission; Léonce-Vincent DE SAINT-LAURENT; J.-J. GUIZOT, frère du ministre; THIÉNARD, membre de l'institut; Hippolyte ROYER-COLLARD; Adolphe LAFFOND-LADEBAT; ORFILA, doyen de la faculté; ANDRAL, fils, professeur de la faculté; PARISSET; DUBOIS, président de la commission, nommée par l'académie de médecine; ROBIQUET, professeur de l'école de pharmacie; DONNÉ, secrétaire et rédacteur de la commission.

Le projet de loi devra être prêt à la fin de février pour être présenté immédiatement aux chambres.

Des observations nombreuses nous ont été adressées de divers points de la France sur le

rapport de l'académie relatif à la réforme médicale. Nous offrons nos remerciemens à messieurs nos correspondans de l'empressement et de la conscience avec lesquels ils ont répondu à notre appel. Nous nous sommes confirmés dans la conviction que nous avons déjà, et que le simple bon sens nous avait fait émettre, qu'il y avait plus de lumières à recevoir des praticiens que des théoriciens. Le gouvernement s'est adressé à MM. les membres de l'académie: nous ne disons pas qu'il ait mal fait, puisqu'il ne pouvait guère faire autrement. Nous croyons seulement avoir fait mieux que lui: cela tient sans doute à ce que notre position était meilleure que la sienne.

Nous espérons pouvoir présenter dans notre prochain numéro quelques réflexions sur cette importante réforme, réflexions que nous donnerons plus encore comme celles de la majorité de nos confrères que comme les nôtres.

I. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

RECHERCHES SUR LES ÉPIDÉMIES DES PETITES LOCALITÉS (1).

L'étude la plus importante pour le médecin qui veut se rendre utile est sans contredit celle des épidémies.

Lorsqu'elles attaquent les grandes villes ou des provinces entières, qu'elles se répandent dans les diverses parties d'un ou de plusieurs états, alors s'éveille la sollicitude des hommes placés à la tête de la science et de l'administration. Mais en présence de malades nombreux, de populations décimées, quelqu'habile qu'il soit, le médecin arrive trop tard pour remonter à l'origine de l'épidémie et découvrir dans quelles occasions les différens individus ont été atteints.

Pour celui qui de bonne foi cherche la vérité, ces difficultés n'existent pas dans les lieux isolés et à petite circonscription.

Avec un peu de persévérance, l'on découvre presque toujours le premier malade, et, connaissant ainsi le point de départ de l'épidémie, l'observateur peut noter les circonstances qui paraissent décider de ses progrès. Déjà l'on entrevoit la direction que je prétends suivre dans cet ouvrage.

Habitant une petite ville, pratiquant dans les campagnes, j'ai suivi les épidémies en miniature, et je parlerai surtout de ce que j'ai vu. Je n'ai pas toutefois l'intention de décrire toutes les maladies épidémiques des fermes, des hameaux ou des bourgs.

Les épidémies ont des points de ressemblance qu'il suffira de faire ressortir, lorsque les causes de l'une d'entre elles et les règles qu'elle suit dans ses progrès auront été une fois bien établies. Pour atteindre ce premier but, j'ai fait choix d'une maladie que j'ai étudiée toutes les fois qu'elle s'est montrée épidémique dans nos environs; j'ai recueilli des observations assez nombreuses pour donner de la valeur aux conséquences que j'en tire. Cela posé, le travail est simplifié, et il suffit d'un examen rapide des diverses maladies épidémiques des petites localités, pour apprécier leur ressemblance avec mon épidémie-type et arriver aux mêmes résultats.

Si pour modèle j'eusse pris la variole, la rougeole, la scarlatine ou même la dysenterie, le choix eût été ridicule en ce que j'aurais eu la prétention de prouver ce qui n'est pas en ques-

tion, ce qui n'est pas douteux pour un grand nombre de médecins.

Il n'en est pas de même de la dothinentérie, maladie à laquelle des auteurs distingués refusent encore le caractère contagieux.

C'est donc la dothinentérie épidémique qui m'occupera d'abord spécialement et que j'adopte comme épidémie-type.

Cette maladie a reçu différens noms suivant les théories médicales des diverses époques, et selon que les praticiens qui l'observaient étaient plus ou moins frappés d'un des symptômes ou d'une des altérations organiques qui l'accompagnent. De là les dénominations successives de fièvres nerveuse, bilieuse, muqueuse, pétéchiiale, miliaire, putride, maligne, gastro-entérite, typhoïde, dothinentérie.

Si je prends de préférence ce dernier nom, ce n'est pas qu'il présente une idée plus juste de la cause et de l'ensemble de la maladie, cette cause ne peut être que présumée, bien que nous puissions saisir quelques circonstances dans lesquelles elle paraît se développer.

Réduit à constater des effets, il est naturel que les plus constans et les plus spéciaux nous servent à qualifier le mal.

Le mot dothinentérie a été employé par M. Bretonneau pour désigner un exanthème particulier de l'intestin, différent des inflammations franches auxquelles le nom d'entérite peut être justement appliqué.

L'en tomberait dans une erreur étrange et dont les conséquences seraient graves en thérapeutique, si l'on considérait l'exanthème intestinal comme cause des symptômes typhoïdes qui l'accompagnent : le trouble général de l'organisme et l'éruption intestinale sont sans doute l'un et l'autre les effets d'une influence délétère, d'un empoisonnement par un principe inconnu, insaisissable, admis sous le nom de miasme.

Le médecin qui s'attacherait à combattre l'inflammation éruptive de l'intestin, considérant comme non venu le groupe d'accidens généraux concomitans et non consécutifs, serait aussi pernicieux que celui qui sans respect pour l'altération organique interne, ne traiterait que l'apparence extérieure de la maladie, c'est-à-dire les symptômes dits typhoïdes.

La description des différentes épidémies que j'ai observées dans les lieux où je pratique la médecine, ne peut avoir le mérite de la nouveauté, quant à l'exposé des symptômes et aux recherches nécroscopiques. Celles-ci se pratiquent rarement dans les campagnes. L'éloignement du médecin, d'une part, la superstition des familles, de l'autre, sont des obstacles

(1) Nous donnerons dans son entier le travail précieux et inédit sur les épidémies des petites localités que M. le docteur Gendron a bien voulu nous adresser et qu'il vient également d'envoyer à l'Académie des sciences pour le concours du prix Monthyon. (N. D. R.)

qu'une volonté ferme ne peut pas toujours surmonter.

En supposant même que cette direction eût été imprimée à mes travaux, ils arriveraient un peu tard et seraient bien en arrière de ceux qui ont été publiés sur le même sujet par MM. Prost, Serres, Et. Petit, Broussais, Bretonneau, Louis, Andral, Bouillaud, etc., etc. Si je fais mention des nécropsies, c'est donc seulement pour prouver qu'il n'y a pas eu erreur dans le diagnostic de la maladie qui a sévi dans nos environs, parfois sur des familles isolées, et le plus souvent sur des populations agglomérées dans des hameaux ou des bourgs.

Cette première partie de mon mémoire sera terminée par quelques réflexions sur la thérapeutique de la dothinentérie.

Les deux autres parties, les parties spéciales de ce travail, sont consacrées à l'examen d'une question négligée dans la plupart des ouvrages modernes. Je veux parler de la contagion rejetée par nos contemporains, admise plutôt que prouvée par ceux qui nous ont précédés.

Le médecin des campagnes est placé dans des circonstances favorables pour suivre les migrations des maladies, dites épidémiques, et constater de la manière la moins douteuse à quelles occasions elles font irruption.

Depuis plus de dix ans, j'ai recueilli des faits que je crois nouveaux et dignes de fixer l'attention des sociétés savantes.

En 1829, j'en communiquai quelques-uns à l'Académie royale de médecine : le rapport qui lui fut fait reconnu qu'ils méritaient de faire impression.

Cependant ils amenèrent une discussion sans résultat, et je doute fort qu'il aient opéré une seule conversion.

Toutefois je méditais encore sur ce que j'avais vu et publié, lorsque des faits également intéressants s'offrirent à mon observation.

J'ai dû les rassembler tous, et les conséquences que j'en déduis sur les maladies contagieuses en général ont cet avantage, qu'elles découlent non-seulement de faits inédits, mais encore d'observations déjà publiées, et dès-lors inaptes à être pliées et accommodées à la circonstance toute palpitante d'intérêt de l'épidémie du choléra-morbus.

Mes premières recherches sur les causes des petites épidémies qui affligeaient nos cantons datent d'une époque où le système de l'infection était en grande faveur.

Je ne croyais pas à la contagion des fièvres graves de nos pays ; M. Dévéze me semblait avoir prouvé que des maladies exotiques plus terribles n'avaient pas la faculté de se transporter et de se transmettre.

Cette question est encore indécise, et, depuis que les débats sont ouverts, l'Europe a vu des fléaux nés aux deux extrémités du monde, la fièvre jaune et le choléra-morbus.

Le premier a été circonscrit, et, qu'il naisse ou débarque sur nos bords, nous savons qu'il y meurt promptement.

Le second, plus cosmopolite, a envahi l'Europe et le Nouveau-Monde : l'on ne sait encore, si, à l'exemple de la variole, il s'acclimatera dans nos pays. Son importation en France n'a

pu être démontrée, mais nous aurons occasion de prouver que dans différents endroits il est arrivé et s'est propagé par contagion.

Les fièvres typhoïdes ou dothinentéries sont les plus graves des maladies fréquentes de nos pays. Leurs épidémies méritent d'être étudiées consciencieusement et avec indépendance, c'est-à-dire, abstraction faite de toute idée d'infection ou de contagion.

C'est ainsi que je suis arrivé à des résultats qui dérangent mes prévisions ; pendant plusieurs années d'internat dans les hôpitaux de Paris, j'avais peu vu de faits semblables, et les enseignemens de nos professeurs de clinique n'étaient pas toujours d'accord avec ceux que je recevais de mes clients.

Je fis des recherches dans les journaux de médecine, les recueils des sociétés savantes, les ouvrages particulièrement consacrés aux descriptions de maladies répandues sur des populations, et je trouvai que si quelques historiens remarquaient qu'une épidémie s'était montrée après un passage de troupes, de prisonniers, ou l'arrivée d'un premier malade, cette circonstance était à peine indiquée, tandis que la plupart énumèrent avec complaisance les variations de l'atmosphère, et les écarts hygiéniques qui ont précédé l'invasion de la maladie.

Dans ces derniers temps, des sociétés savantes, des hommes dont le nom est influent, se sont tellement prononcés contre la contagion, que cette question n'est plus abordée que d'une manière timide ou même qu'elle est abandonnée par les praticiens.

Il en résulte une direction vicieuse et banale dans les rapports sur les épidémies. Chacun crée pour celle qu'il observe une constitution atmosphérique, dont l'influence n'est jamais signalée qu'après le mal, et pour éviter l'anachronisme, l'on a soin de choisir sur des tableaux météorologiques une date convenable que l'on marie à l'affection régnante.

Alliance tardive, mal assortie et souvent ridicule, en vertu de laquelle l'infection est préalablement admise comme règle, et la contagion comme exception.

Mes observations mènent à des conclusions inverses, et cela ne tient pas sans doute à la nature des lieux où je pratique la médecine, mais à l'exactitude de mes recherches.

Ajouterai-je qu'il faut à un praticien obscur, un certain courage et une profonde conviction pour aborder un sujet fécond en luttes passionnées et pour lequel des hommes graves se sont oubliés au point de prétendre lui infliger une couleur politique.

De telles considérations ne m'ont pas retenu ; le médecin philosophe ouvre sa main, lorsqu'il la croit pleine de vérités : je me présente, non point en partisan d'une théorie médicale, encore moins en docteur soutenant une thèse en faveur de la contagion, mais comme un simple historien, témoin des faits qu'il raconte. Je les rapporte, tels qu'ils se sont offerts, seulement je ne les livre pas selon leur date.

L'ordre chronologique me semble inutile et puisque j'ai observé des épidémies dans des maisons isolées, des hameaux et des bourgs,

c'est suivant cette classification que j'en tracerai la relation historique.

Cette manière me paraît plus logique, en ce qu'elle procède du simple au composé, du connu à l'inconnu.

Après le narré des observations, vient naturellement la discussion de leur valeur.

Je n'oublie point que la polémique n'a d'intérêt qu'autant qu'elle est appuyée sur l'expérience, et qu'une théorie doit être la traduction, la conséquence rigoureuse de faits positifs. Mais, comme il importe d'abord de s'entendre sur le sens des termes, je dis celui que j'attribue aux mots contagion, infection, maladies épidémique, endémique, sporadique. J'examine ensuite quels caractères avaient les dothinentéries répandues dans les diverses localités.

Les habitans des campagnes sont réunis dans des fermes ou maisons totalement isolées, dans des hameaux et enfin dans des bourgs ou villages qui portent le nom de la commune.

Les familles couchent, en général, dans une même chambre et, lorsqu'elles sont nombreuses, les lits sont communs à plusieurs individus.

L'un d'eux est-il malade? Il reçoit des soins attentifs des femmes de la maison, et des hommes, en cas d'insuffisance de secours. Les habitudes de lit ne sont pas dérangées, et parfois la femme repose près de son mari ou de son enfant, aux prises avec une maladie contagieuse.

Si un domestique est atteint, ce ne sont pas ses maîtres qui font l'office de garde-malades, mais des parens qui lui arrivent quelquefois de plusieurs lieues.

Souvent aussi, il est repris par sa famille dans laquelle, lorsque la distance est un peu forte, on le reconduit en charrette avec plus ou moins de précaution.

Le praticien des campagnes trouve donc dans de telles habitudes et de telles relations une multitude de faits importans à observer et des expériences faites à dessein ne pourraient être plus significatives.

L'épidémie bornée à une famille ou à un hameau est facile à suivre. L'on découvre aisément son origine, l'on voit ses progrès et son déclin. Là tous les individus se connaissent, ils rendent un compte fidèle des circonstances qui ont précédé et suivi l'invasion du mal.

Ils savent surtout quel a été le premier malade, lesquels ont été successivement atteints. Chacun d'eux reçoit un numéro d'ordre, et ce classement numérique n'est pas indifférent pour établir le caractère endémique, épidémique ou contagieux de l'affection régnante.

Lorsque le bourg ou village renferme un grand nombre d'habitans, les premières recherches ne donnent pas toujours des résultats positifs.

Cependant l'on voit encore la dothinentérie s'étendre par familles, et les membres de chacune d'elles pris successivement dans l'ordre de leurs relations avec les malades.

Enfin quand le mal a frappé à un grand nombre de portes, quand par sa durée il a fait acte de domicile, il franchit parfois les distances, fait des excursions dans le voisinage et bondit en

quelque sorte hors du foyer où il semblait d'abord circonscrit. Les individus atteints de cette manière sont peu nombreux à la vérité, mais, malgré les investigations les plus sévères, l'on ne sait pas toujours si des convalescens, des garde-malades ou l'air atmosphérique ont servi d'intermédiaire à la contagion.

Je conçois que l'influence des relations indirectes soit long-temps encore un sujet de controverse.

Cependant j'ai vu des circonstances où ces relations seules pouvaient logiquement expliquer la propagation de la maladie.

Les adversaires de la contagion prétendent que plusieurs affections peuvent acquérir la faculté de se transmettre, lorsqu'elles sont épidémiques; selon leur manière d'argumenter, la contagion serait l'effet et non la cause de l'épidémie.

La dyssenterie, la dothinentérie ont été citées pour exemples.

Cette opinion n'est pas nouvelle, elle compte un assez grand nombre de partisans; nous examinerons jusqu'à quel point elle est fondée.

Une maladie transmissible ne l'est pas également à toutes ses périodes: nous verrons à quel temps de la dothinentérie la contagion est surtout à craindre, et combien il importe de faire attention à cette circonstance pour établir de sages réglemens d'hygiène et distinguer l'affection contagieuse de l'épidémique. Là se doit traiter la question d'incubation.

A côté de sujets qui contractent d'emblée la dothinentérie, nous en voyons qui s'exposent témérairement et impunément à la contagion.

Nous n'hésitons pas à publier le nom des réfractaires. Quel que soit leur nombre, il ne contrarie nullement notre opinion, parce que nous prenons la contagion telle qu'elle est, telle que nous l'avons vue, et non telle que l'ont imaginée plusieurs médecins, ou telle qu'ils voudraient qu'elle fût pour être convaincus de sa réalité. Ce chapitre sera intitulé: Aptitudes et Immunités.

Une fois les preuves données du caractère contagieux de la dothinentérie, et la marche de l'épidémie observée dans sa plus grande simplicité, d'abord dans l'habitation isolée, puis dans le hameau, la commune ou la petite ville, l'application aux épidémies de maladies différentes devient facile, et l'identité frappante.

Toutes les maladies non virulentes, douées de la faculté de se transmettre, ont entr'elles des points de ressemblance qui permettraient en quelque sorte de les classer par familles.

Chacune a bien sa physionomie particulière, mais un grand nombre de propriétés leur sont communes; telles sont: 1^o la spécialité et les caractères qui en dérivent, savoir, l'incertitude du pronostic, la durée de la maladie, le peu d'influence des traitemens rationnels;

2^o Leur propagation sous des conditions bien différentes de temps, de lieux et d'individus;

3^o L'inaptitude aux rechutes, etc., etc.

Ici le cercle que j'aurais à parcourir, doit se restreindre à quelques maladies contagieuses; autrement il serait immense, incommensurable, et je me hâte de reconnaître mon insuffisance à rester à la hauteur de ce vaste sujet.

« Pour observer et décrire l'ensemble des

« maladies épidémiques , ce n'est pas assez des « travaux isolés de quelques personnes. La sé- « rie des objets est si longue , que tous les ob- « servateurs réunis suffiraient à peine pour « l'épuiser. » (Rœderer et Wagler.)

Je n'ai pas cru devoir interrompre mon récit par des observations particulières sur les différentes maladies contagieuses dont je parle.

J'ai fait un choix sévère parmi celles que j'ai recueillies sur la dothinentérie , la scarlatine et le croup. Je les renvoie à la fin de ce travail , auquel elles servent de complément et , si l'on veut , de pièces justificatives.

J'ai dit que mes observations sur la fièvre typhoïde ne pouvaient avoir le mérite de la nouveauté , après les travaux de MM. Serres , Bretonneau , Louis et Andral.

J'ose croire qu'il n'en est pas tout-à-fait ainsi de celles que je rapporte sur le croup , puisqu'elles confirment des doctrines de M. Bretonneau qui sont loin d'être admises par tous les praticiens.

Je termine par la description d'un instrument nouveau , que j'appelle pince trachéale et destiné à maintenir béante l'ouverture pratiquée dans la trachéotomie.

Si j'en crois plusieurs épreuves sur le cadavre , et une observation récente du docteur Trousseau , cet instrument bien simple sera d'un usage plus sûr et plus facile que les canules.

Parmi les questions que je traite , il en est sans doute que je laisse indécises , mais si tous les hommes qui se livrent à la médecine étudiaient avec soin les épidémies des lieux où ils exercent , si tous s'attachaient à recueillir et à publier des notes exactes sur l'origine des épidémies et sur leurs migrations , l'on parviendrait par la réunion de leurs travaux à résoudre des questions qu'un médecin seul ne peut qu'effleurer.

En écrivant cet ouvrage , je fais donc ce que je voudrais que fissent tous les praticiens.

Je dis ce que j'ai observé , et quel que soit le sort réservé à ce compte-rendu , quelqu'opinion qu'on en ait , il n'en sera pas moins un travail de conscience.

Symptômes de la Dothinentérie.

Observée sur un malade isolé , sur des individus réunis en famille , et enfin sur des populations agglomérées , la dothinentérie a été identique , présentant partout des caractères spéciaux qui ne permettent pas de la confondre avec d'autres maladies.

Non qu'il soit toujours facile de la reconnaître dès les premiers jours , surtout lorsqu'elle attaque un seul individu. Elle a souvent au début l'apparence d'un embarras gastrique ou intestinal et des frissons plus ou moins vagues l'ont fait prendre par des médecins peu attentifs pour des accès de fièvre intermittente ou rémittente , mais l'erreur ne peut être de longue durée et des symptômes plus tranchés ne tardent pas à éclairer le diagnostic.

Les prodrômes de cette maladie peuvent se prolonger plusieurs jours , rarement ils durent plus d'une semaine.

Le malade éprouve un malaise général ; il se plaint d'avoir les membres rompus , de paresse inaccoutumée , la tête lui sonne , sa démarche

est chancelante , rien ne lui convient , ni le lit , ni ses travaux habituels , des frissons alternent avec une chaleur incommode qui persiste la nuit , quelques-uns ne peuvent définir ce qu'ils éprouvent et annoncent qu'ils vont faire une maladie grave.

Les jours suivans , le huitième au plus tard , une forte céphalalgie occipitale est le symptôme prédominant. Il a été tellement constant dans les épidémies que j'ai observées que l'on pouvait prédire la maladie régnante à quiconque se plaignait de douleur à la tête.

Le pouls devient fréquent et parfois rebondissant surtout le soir , lorsque le paroxysme est prononcé ; quelquefois celui-ci est assez fort dès la première semaine , pour provoquer le délire.

Les nuits sont au moins très agitées.

La lumière et le bruit sont également insupportables.

La pituitaire semble sèche , il n'est pas rare de voir dès cette époque plusieurs épistaxis , la langue est encore humide , tout au plus rouge à ses bords , vermeille ou couverte d'un enduit muqueux au centre ; j'ai vu sur un petit nombre de malades , au cou et sur la poitrine , quelques pustules rondes ou pointillées , rouges , semblables à des piqûres de puce.

La respiration est accélérée , le paroxysme du soir est parfois annoncé par une toux sèche et de la suffocation. Alors les malades s'agitent , rejettent les couvertures , et de temps en temps font effort pour aspirer de l'air.

Ordinairement cet état est accompagné d'une chaleur âcre de la peau et d'une grande sécheresse de toutes les muqueuses. La voix prend un timbre particulier et résonnant. Cette violence pyrétique dure quelques heures , elle est quelquefois apaisée par une douce moiteur.

Quant aux symptômes abdominaux , le plus souvent ils sont obscurs. Quelques malades ont de la douleur à l'épigastre et au-dessus de la région iliaque droite , quelques-uns ont des vomissemens bilieux. Chez la plupart le ventre reste souple et indolent à la pression. Les selles ne présentent encore rien de remarquable. L'excrétion des urines est souvent douloureuse.

Cette période d'excitation a une durée de huit à dix jours , elle est remplacée par une période d'affaissement chez les uns , d'amendement chez les autres , qui peut avoir la même durée.

Cette amélioration apparente est plus ou moins prononcée chez les différens sujets. Chez la plupart la céphalalgie est diminuée , le sommeil est revenu , il y a tendance à l'assoupissement.

Le pouls conserve de la fréquence le soir , mais dans la journée quelques malades se trouvent tellement bien , qu'ils se lèvent , mangent quelques alimens , reprennent de légères occupations , se et félicitent d'être échappés à une maladie dangereuse.

D'autres ne doivent le calme de cette époque qu'à un grand affaissement. On les tire encore facilement de leur stupeur , et ils répondent avec intelligence aux questions qu'on leur fait.

Chez ceux-ci il y a somnolence , surdité , décubitus sur le dos. La langue devient plus rouge à sa pointe , les urines s'échappent avec difficulté.

Presque tous ont des selles diarrhéiques ,

brunes, jaunes ou même sanguinolentes, dans lesquelles on distingue souvent des vers lombrics.

Le troisième septenaire se passe parfois sans développement de symptômes plus alarmans; à cette époque même, quelques malades entrent en convalescence, leur dothinentérie a été bénigne.

Quelquefois la maladie est stationnaire, ou bien seulement la prostration est plus grande, le pouls plus faible, ondulant, très fréquent.

La toux détache des glaires adhérentes au fond de la gorge, et les efforts de sputation déterminent le vomissement.

La muqueuse des narines, de la bouche et du pharynx devient plus humide, les selles prennent de la consistance, l'abdomen se détend et la convalescence, bien que troublée par quelques accès de fièvre, est assez franche pour ne plus laisser d'inquiétude.

Mais le plus souvent il fallait se défier des améliorations de cette époque, et à la fin du troisième ou au quatrième septenaire, l'on voyait se développer un groupe redoutable de symptômes.

Ce changement était parfois si subit que des malades qui jusques là avaient conservé leur fraîcheur et leur embonpoint, devenaient en trois ou quatre jours pâles, amaigris, décomposés et comme en proie à l'action stupéfiante et meurtrière d'un poison septique. L'on pourrait justement appeler cette époque de la dothinentérie *période d'empoisonnement*.

En effet la langue est promptement desséchée, rouge, rétrécie, tremblotante. Les épistaxis, se montrent souvent précédés, accompagnés et suivis de délire.

Le sang transsude sur les gencives, la langue, le pharynx, les lèvres et se concrète sous forme de membranes ou d'enduits fuligineux.

Surdité plus prononcée, assoupissement, mussion, toux sèche, respiration plaintive, fréquente, irrégulière, tympanite, évacuation involontaire d'urine et de matières alvines liquides; quelquefois rétention d'urine.

Peau sèche ou recouverte d'une sueur gluante, parfois insensible, parfois au contraire péniblement affectée au moindre attouchement.

Le pouls est onduleux, fréquent; il s'éteint sous la pression, on sent en l'explorant un tremblement convulsif ou frémissement de tous les tendons du poignet. Cet état se prolonge de huit à quinze jours avec des alternatives d'améliorations et de rechûtes qui donnent au pronostic une grande incertitude. Dans cette période, des épiphénomènes se déclarent et ils n'ont pas une influence tranchée sur le dénouement de la maladie, des sudamina se montrent au cou chez les malades qui ont des sueurs fréquentes et même chez ceux dont la peau est sèche.

Des furoncles couvrent quelquefois les jambes, les cuisses, l'abdomen; quelques taches livides sont quelquefois le produit de véritables ecchymoses.

Des abcès de l'oreille, des parotides ajoutent à la gravité du mal. Des aphtes paraissent et reparaissent sur la langue et dans la bouche. On les a vus fournir une humeur blanche, épaisse,

concrète, tapissant tout le pharynx et s'étendant même aux voies aériennes.

Enfin un accident ordinaire et très grave, c'est l'inflammation gangréneuse de la peau à la région du sacrum et dans les endroits où l'on a appliqué des vésicatoires.

Le râle, la sueur gluante et froide, le frémissement général des muscles annoncent une mort prochaine. Quelquefois elle est précédée de vomissemens, de coliques et douleurs abdominales survenues brusquement, symptômes d'une perforation intestinale. La mort peut être subite, imprévue, le résultat d'une hémorragie intestinale, ou même inexplicable par les altérations organiques.

Des malades s'éteignent comme s'ils succombaient à un état fluxionnaire des poumons, sans que la nécropsie confirme cette présomption.

Lorsque, malgré cet appareil de graves symptômes, le malade arrivait à la convalescence, la langue conservait enfin son humidité et reprenait ses dimensions normales. Elle semblait, ainsi que le pharynx, dépouillée de son épithélium.

La déglutition alors était momentanément douloureuse. Les malades portaient fréquemment les doigts aux lèvres, aux narines et les dépouillaient des croûtes qui s'y étaient formées; le soin qu'ils mettent à éplucher ces parties a paru d'un bon augure. La diarrhée diminuait, l'abdomen était moins tendu, les excrétions redevenaient volontaires, le pouls perdait de sa fréquence, enfin malgré la stupeur, le décubitus était possible sur l'un ou sur l'autre cote.

Après cette amélioration, quelques individus ont succombé au bout de quarante, soixante et quatre-vingt jours, épuisés par la longueur de la maladie ou par la suppuration de plaies gangréneuses au sacrum et aux trochanters.

Les convalescences longues, pénibles étaient troublées souvent par des accès de fièvre, de mauvaises digestions et des vomissemens opiniâtres.

Les forces musculaires ne se recouvraient qu'après plusieurs mois d'un exercice modéré.

Maigres, pâles, chancelans et quelquefois chauves, les convalescens conservaient une physiologie particulière et se sentaient eux-mêmes comme atteints d'imbécillité.

Nécropsies.

Des nécropsies ont été faites dans les communes de Marçon, de Dissay, de Château-du-Loir à des époques différentes et par différens médecins. Elles ont démontré la constance des lésions intestinales.

La muqueuse de l'estomac était généralement pâle, quelquefois l'on y remarquait des taches rouges de peu d'étendue ou quelques boutons arrondis du volume de petits pois ronds.

Quelques boutons semblables s'observaient çà et là dans l'intestin grêle; l'aréole inflammatoire était plus ou moins étendue.

Plusieurs plaques gaufrées ovales faisaient saillie sur la membrane interne de l'intestin, particulièrement près de la valvule iléo-cœcale.

Les points les plus saillans de ces plaques étaient comme teints et imbibés d'une bile très jaune, en général leur contour était moins rouge

que leur centre, souvent sur la même on observait plusieurs ulcérations.

Quelques-unes étaient à bords renversés, plus ou moins profondes, parfois les trois tuniques de l'intestin étaient perforées et quelque étroite que fût la perforation, la matière jaune très-liquide qui baignait les plaques gaufrées était épanchée dans la cavité abdominale.

La tunique péritonéale très injectée dans le lieu de l'épanchement était dans plusieurs points recouverte d'une humeur blanche concrète, commencement d'une suppuration adhésive. Les glandes du mésentère les plus voisines des plaques gaufrées ou des ulcères étaient rouges, tuméfiées et ramollics.

Les autres organes n'offraient pas de lésions bien appréciables. Quelquefois les poumons étaient comme engoués à leur partie inférieure et dorsale et leur section donnait issue à un liquide muqueux sanguinolent.

Les membranes du cerveau étaient faiblement injectées et les ventricules contenaient un peu de sérosité.

(La suite au prochain numéro.)

INDICATION DE LA SAIGNÉE DU BRAS DANS LES MALADIES AIGUES.

Parlons-en tout à notre aise.
(Montesquieu, *De l'Esprit des lois.*)

Je commence par dire que si l'on m'ôte le quinquina et la lancette, je renonce à la médecine.

Les gens du monde qui traitent la médecine d'art conjectural, penseraient autrement s'ils étaient témoins d'un accès de fièvre intermittente pernicieuse, et ensuite de l'action du quinquina sur la maladie. Cette médication est un point de thérapeutique arrêté, qui ne laisse rien à désirer, sur lequel la mode ne doit avoir aucune prise, et vous auriez beau parler de nouveaux fébrifuges dans les pays où règne la fièvre intermittente pernicieuse, vous ne seriez pas reçu à les préconiser. On ne renvoie point un bon serviteur parce qu'il s'en présente un autre avec recommandation. Ainsi, en Espagne, en Italie, à Alger, les médecins, appuyés sur une expérience unanime, s'empressent toujours de recourir au quinquina aussitôt qu'ils ont reconnu le caractère pernicieux de la fièvre intermittente, sans se soucier de savoir quel est le type de son intermittence, sans égard à l'âge, au sexe, à la constitution, à la couleur du fébrécitant.

La saignée est un remède d'une très-grande portée, et elle peut quelquefois, comme l'écorce du Pérou, suffire à la guérison.

Toute saignée est d'abord évacuative, puisqu'elle diminue le volume du sang par la déplétion des gros vaisseaux et des capillaires; néanmoins on lui a donné trois autres noms distincts pour rapprocher de l'opération l'idée de ses principaux effets.

On sait que le sang se divise dans la palette, par le repos et le refroidissement en deux parties, le *sérum* et le *cruor*; le *cruor* forme une île rouge au milieu du *sérum*, à moins qu'il n'occupe le vase à lui seul, et, dans ce dernier cas, on donne à la saignée le nom de *spoliative*. La *dérivative* et la *révulsive* produisent des effets

de moindre importance, et opèrent, selon la disposition du sujet, ensemble ou particulièrement, pourvu qu'on ouvre la veine à quelque distance de la région trop chargée de sang. On obtiendra la *révulsion* et la *dérivation*, s'il y a congestion de sang à la tête, qu'on saigne à la jugulaire ou à la saphène. Toutefois le choix du vaisseau à ouvrir peut n'être pas indifférent, car il faut savoir où et comment reporter le trop plein de la partie engorgée; une émission sanguine aux membres inférieurs favorise la première éruption ou le retour du flux périodique par *dérivation*, tandis qu'on saigne au bras, vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse, la femme que le sang incommode, avec l'attention de faire une petite ouverture au vaisseau pour procurer doucement la *révulsion*.

La saignée du bras est, de tous les moyens curatifs, celui qui opère le plus vite. Souvent, dès l'ouverture de la veine, la femme enceinte sent, pour la première fois, le mouvement de l'enfant; le pleurétique respire plus librement, un spasme tonique disparaît sans retour. On préjuge déjà qu'elle doit être indiquée dans la plupart des maladies aiguës, où il est d'un immense avantage d'être secouru de bonne heure. Ajoutez qu'on peut régler l'émission sanguine et la répéter suivant les divers besoins. Aussi, les pères de l'art plaçaient-ils la phlébotomie en première ligne dans la thérapeutique. Plus hardis que nous, ils attaquaient dès le début par de larges saignées du bras, les maladies inflammatoires telles que l'escarquinancie, la pulmonie, et quelquefois ils faisaient couler le sang des deux bras en même temps. Mais si la maladie venait à se compliquer, ils hésitaient à revenir à ce grand moyen, ou du moins, avant d'y recourir encore, ils faisaient part aux assistans de leurs craintes et de leurs espérances; n'ayant plus de base de traitement, ils n'osaient prendre sur eux de risquer, près de la mort, une opération décisive. Lisez le conseil que Celse donne aux médecins de son temps: « Il peut pourtant se faire, dit-il, que la maladie demande ce remède (la saignée du bras) quoique le corps soit à peine en état de le supporter. Mais enfin, s'il n'y a pas d'autre moyen de guérison, que le patient doive succomber à moins qu'on n'en vienne à ce moyen téméraire, il est d'un bon médecin de faire voir comme il ne reste plus d'espoir que dans la saignée; et d'avouer combien on a même à craindre dans une telle ressource. Exige-t-on, néanmoins, que vous fassiez la saignée? ne balancez plus; il vaut mieux tenter un remède incertain que de n'en tenter aucun. Vous devez en venir là principalement lorsqu'il y a paralysie, que le malade a perdu tout-à-coup la parole, est suffoqué par le mal de gorge et presque épuisé à l'issue d'un accès de fièvre, ou aura à en essuyer, suivant toute probabilité, un autre semblable que ses forces ne sont pas en état de soutenir. » (*Cor., Cels., lib. II.*)

Il y a beaucoup à dire sur cette conduite du médecin dans une conjoncture aussi embarrassante. De quelle utilité peuvent être ici les conseils de personnes étrangères à notre profession? Écoutons une mère, un fils qui ont assisté à toutes les douleurs, à tous les besoins du malade, et accordons-leur de la déférence s'il nous paraissent bien inspirés; de leur côté que ceux

qui se chargent de nos ordonnances, les remplissent sans se permettre de raisonner. Une femme de vingt ans avait pensé périr d'un saignement de nez qui avait duré tout le temps de deux accès de fièvre tierce. Le docteur Bianchi, médecin napolitain, et moi, prescrivîmes le quinquina. On attendit l'événement, sans se mettre en mesure, parce qu'on s'imaginait que le quinquina introduit dans l'estomac, ne pouvait rien contre une hémorrhagie nazale. Le troisième accès survint, et la jeune femme mourut dans l'épistaxis. (1805.)

Un vétérinaire des hôpitaux peut donc espérer d'être utile par l'explication des règles définitives qu'il s'est faites sur la saignée du bras dans les maladies aiguës.

Tous les phénomènes de la vie émanent de la circulation du sang, de la respiration et de l'innervation.

L'encéphale, avec ses appartenances, exerce une action intime et incessante sur le cœur et le poumon, de même qu'il en reçoit de leur part une toute semblable.

Tels sont les trois moteurs de tout le corps humain. Ils exercent ensemble leurs fonctions dans une dépendance mutuelle, forment entre eux une union compacte.

Pour mieux faire entendre le jeu de la vie personnelle, fixons un point de départ sur ce triangle organique. La vie vient de l'encéphale au cœur par le fluide nerveux, le sang élançé du cœur en est le véhicule, et l'air que le poumon aspire pourvoit à son entretien; de sorte que chacune de ces fonctions rappelle les deux autres et ne peut s'en séparer.

Quoique les phénomènes de la vie ne soient pas en santé les mêmes qu'en maladie aiguë, l'encéphale, le cœur et le poumon ne laissent pas de mener encore les autres organes, et ils les entraînent dans leur sphère morbide. Qu'un trouble profond éclate dans l'économie vivante, les symptômes les plus marquans surgissent d'abord de ces trois sources de la vie, et de là partent les premiers retentissemens dans toute la personne.

C'est surtout le cœur qui, par le mouvement du sang, le pouls, fait connaître ce changement survenu dans la santé. « Semblable au mouvement d'un vaisseau qui fend la mer à pleines voiles par un vent favorable, et qui est aisément dérangé dans sa course par les changemens que le vent ou les cordages peuvent faire dans l'effet des voiles, le pouls est de même troublé dans sa marche dès que quelque organe du corps fait un effort, une compression, un tiraillement sur le pouls. » (Bordeu, *Recherche sur le pouls*.) Et comme si la nature avait voulu nous indiquer, durant l'exaltation vitale, la source du remède près l'indice de la maladie, les veines, alors plus pleines, plus apparentes, nous offrent une prise facile sur les symptômes morbides. Ce rapprochement pathologique des veines et des artères fait que la saignée du bras devient la voie thérapeutique la plus large et la plus droite dans les maladies aiguës, en même temps que l'accélération du pouls en est le phénomène le plus constant.

On a fait grand bruit de quelques cures étranges attribuées à la méthode Rasorienne, et déjà les novateurs espéraient s'épargner la

peine de saigner; mais il a fallu bien vite reprendre la lancette. Nos médecins des hôpitaux d'Alger ont même défendu avec menace à un chirurgien en sous-ordre, reçu docteur à l'Université de Pavie, de prescrire l'émétique à haute dose aux pleurétiques entrans.

Après la rupture de l'équilibre, la balance du pronostic peut flotter quelque temps entre la crainte et l'espérance, et cela parce que la maladie déménage, ou du moins le bassin des symptômes dominans ne reste pas toujours penché du même côté. Le grand point, le comble de l'art consiste à apprécier l'exaltation ou la dépression de la vie, afin d'aviser au présent et de ménager l'avenir, en appliquant à l'état actuel la médication appropriée, car l'abus d'un remède héroïque, tel que la saignée, pourrait jeter le malade dans une adynamie insurmontable, de même que son omission laisserait peut-être au sang trop de fougue pour permettre à la nature d'aller jusqu'à la crise de maturité.

Ne passons point en revue les diverses maladies aiguës qui nécessitent la saignée du bras; nous ferons mieux connaître ses indications en exposant trois états d'acuité qui embrasseront le plus grand nombre des maladies de ce genre.

PREMIÈRE PARTIE.

Indications spéciales.

1^o *L'Inflammation.* Prenons pour type de l'inflammation, la pleurésie.

Au camp de Montreuil-sur-Mer, un paysan, robuste, dans la vigueur de l'âge, ayant fait quelque chemin à l'encontre de la brise, est pris d'une pleurésie. Il se traîne avec peine jusqu'au camp, le tronc incliné en devant, inspire à petits coups, s'efforçant de ne pas tousser. Arrivé à notre barraqué, il s'assied et demande, d'une voix étouffée, qu'on le saigne au pli du bras. A chacune de nos questions, *saignez-moi, saignez-moi, j'étouffe*, était sa réponse; et, relevant sa manche, il montrait ses veines que je trouvais renitentes. Il avait le pouls serré et fréquent; la basilique est largement ouverte. Du moment que le sang coule en arcade, le pleurétique se sent soulagé, il commence à se redresser, respire à pleins poumons. Encore: le pouls se développe et la douleur se dissipe.

Nous fermions la veine sans trop de précaution, lorsque l'homme pâlit, ses yeux s'obscurcissent, son corps se couvre de sueur, s'agite et glisse du siège à terre. L'estomac se soulève et rejette sans effort, à plusieurs reprises, tout ce qu'il contenait. Le pouls semblait s'éteindre et nous commencions à nous alarmer; mais lui, nous rassure par ses signes et nous prie de le laisser immobile, sans parler. Bientôt il recouvre assez de force pour se lever et aller à la garde-robe, en dévoiement. Enfin, après quelques heures de repos, il nous salue d'un air satisfait, en disant: *C'est ainsi que chez nous on enlève les points de côté.* (1804.)

C'était trop dire: il restait à achever cette crise abrupte par l'abstinence, le repos et les boissons mucilagineuses prises en abondance.

Ce fait est instructif par cela même qu'il n'a rien de bien extraordinaire. Poursuivons:

Qu'une épine soit enfoncée dans les tégumens,

si vous pouvez saisir le corps étranger et l'ôter à temps, vous arrêterez l'inflammation et son cortège.

Supposons plutôt que la plèvre soit piquée par l'épine de *Van Helmont*, *spina metaphysica* (1). La douleur gênera la respiration, troublera la circulation du sang, et, de proche en proche, toute l'économie. La médication ne pourra pas être aussi simple. Il faudra, pour agir sur cette épine, l'attaquer par une voie détournée. Déjà tous les organes compatissant à la plèvre en souffrance, prennent un surcroît d'activité pour procurer sa délivrance. La phlébotomie rend efficace leur accord, en sorte que l'élément morbide émoussé, altéré, décomposé par cette réaction générale, disperse ses débris sur les pores et conduits excréteurs habiles à les éliminer du sang avec la sueur, les crachats et l'urine.

Si, négligeant la saignée, nous eussions donné à l'agent morbide le temps de s'établir, la crise par résolution n'aurait plus été possible. Alors la nature, continuellement tourmentée par ce je ne sais quoi, *occultum quid*, dont la présence est incompatible avec la vie, aurait entrepris de s'en débarrasser par la suppuration, autre crise qui s'effectue à bien plus grands frais, et dont l'issue est ici redoutable, parce que la disposition anatomique de la plèvre ne permet guère l'écoulement de l'humeur purulente.

Prenons-y garde, toute inflammation interne qu'on laisse passer de l'état aigu à l'état chronique, a les plus fâcheuses conséquences : elle finit par faire périr, à moins que le mal, heureusement circonscrit, ne se réduise à l'altération de l'organe.

Faut-il saigner le pleurétique du bras correspondant à la douleur, ou du bras opposé? Abandonnons cette discussion aux médecins sans malades, et continuons à ouvrir la veine qui promet le jet de sang le plus sûr et le plus fort.

2^o *Apoplexie*. On croit communément dans le monde que ceux qui jouissent d'une forte constitution, peuvent se promettre la plus longue existence. Erreur! nombre de personnes délicates, dont la santé n'est qu'une maladie continuellement palliée, parviennent à une extrême vieillesse, et elles doivent leur longévité à ce qu'elles mènent une vie unie et chétive. Ce sont des veilles qui donnent peu de lumière et durent long-temps, parce qu'elles consomment peu d'huile; tandis que beaucoup d'hommes vigoureux, de jeunes gens de la santé la plus florissante, tombent malades, et échappent avec peine à une inflammation interne, s'ils ne sont enlevés en quelques jours, en quelques heures, victimes de l'apoplexie, à cause que les uns et les autres vivant au large, se sont laissés gagner insensiblement par la pléthore qui a empêché la libre circulation du sang dans le cœur, le poumon et le cerveau.

On craint d'être volé, d'être assassiné, et on prend nuit et jour toutes sortes de précautions pour se préserver de ces malheurs qui, en définitive, arrivent moins souvent que l'apoplexie. Ne devrait-on pas plutôt prendre toutes

ces précautions pour éloigner la mort naturelle, et faire que si elle doit être subite, du moins elle ne soit pas imprévue? Disons donc que la pléthore est le précurseur de l'apoplexie, mais ce n'est pas assez de prévoir la tempête, il faudrait la conjurer. Et comment se faire écouter de gens passionnés qui vivent dans l'insouciance, à la veille d'une éventualité funeste? Qu'obtiendrez-vous de ce vieux impotent qui ne vit plus que par le sens du goût, de cet auteur exalté par le feu de la composition, de ce joueur dont le cœur ne bat que par bonds d'espoir et de dépit; de cet ivrogne, de ce voluptueux qui prennent leurs désirs pour des besoins? Direz-vous à cette jeune femme qu'il ne lui sied plus, si elle veut devenir mère, d'être fière de sa taille et de figurer dans les danses légères? Vous aurez affaire à autant d'indociles, pour peu que vos conseils d'hygiène soient assujettisans. On propose l'exercice à pied joint à l'abstinence, pour vaincre le pléthore; mais ces deux pratiques de régime à suivre en même temps, loin de conspirer ensemble s'empêchent l'une et l'autre. Le phlébotomiste seul possède le moyen concilier, autant que possible l'intérêt de la santé avec les besoins, les habitudes et les passions des pléthoriques. *Fagon* faisait saigner de temps en temps Louis XIV. « Le roi par ce moyen, quoique d'un tempérament replet, et mangeant beaucoup, a joui d'une parfaite santé, qui par une aussi sage conduite, a duré soixante et dix-sept ans accomplis. » (*Dionis*. Dissertation sur la mort subite.)

Cependant l'apoplexie a des coups inévitables et qui renversent certains individus, quoi qu'ils fassent pour s'en préserver. Cette fatalité tient sans doute à l'âge avancé, à quelque disposition héréditaire ou anatomique. On ne peut donner une autre explication de ces coups de sang à la tête, à la poitrine, à l'utérus, etc., appelés de différens noms, et d'autant plus graves au cerveau, que ce viscère manque d'issue pour le sang épanché.

Une comtesse, veuve, septuagénaire, mère de sept filles toutes mariées, d'une taille élevée, un peu sourde et extrêmement maigre quoique de bon appétit, vivait heureuse au sein de sa famille; elle habitait un rez-de-chaussée entre cour et jardin, et passait la plus grande partie de son temps à faire de la tapisserie. Un jour, au sortir de table, elle est frappée d'un coup de sang. On vient me quérir en grande hâte. La dame était encore assise dans son fauteuil, la bouche entr'ouverte et un peu contournée à droite, la lèvre inférieure relâchée et inondée de salive. La malade n'entendait plus du tout, balbutiait des mots inintelligibles, ne reconnaissait personne et portait machinalement la main au front, comme pour indiquer qu'elle avait la tête chargée. Pouls fort et fréquent.

L'occasion était urgente; j'ouvris une veine au pli du bras; le sang jaillit et le jet tomba presque aussitôt. Je remplis à peine une palette. Néanmoins l'effet de la saignée fut prompt et décisif.

Cette respectable femme a eu encore trois attaques qui ont été traitées de même dans l'espace de quatre ans; elle a fini par mourir d'a-

(1) Sit spina parti alicui infixa cui succedit in instante dolor, a dolore mox pulsus, a pulsu cruoris affluxus: undè tumor, fibris, apostema, etc. (*Ortus medicinae, pleura furens*.)

poplexie foudroyante, à l'âge de soixante-quatorze ans (1820).

Un des gendres, témoin du premier succès, me dit, tout en me témoignant sa reconnaissance, que s'il eût eu quelque espoir de conserver sa belle-mère, il ne m'aurait pas permis de lui tirer du sang, parce qu'il lui semblait et aux autres personnes de la famille, qu'après le repas, un vomitif convenait mieux qu'une saignée.

Je tâchai de lui faire entendre comment la compression du cerveau, produite indirectement par le poids de l'estomac, avait diminué ou même cessé du moment que les vaisseaux supérieurs trop chargés de sang et de chyle, avaient commencé à se désempir, et qu'un vomitif n'eût pas aussi bien enlevé l'obstacle à la circulation du sang, parce que les secousses du vomissement auraient retenti trop fort dans le cerveau déjà engorgé. Quant au trouble de la digestion qu'on paraissait tant redouter, il ne pouvait devenir plus grave qu'il ne l'était depuis le coup de sang. Et d'ailleurs cet accident, se fut-il aggravé, il n'eût rien ajouté au danger de la position, car la continuation de la vie ne tient pas à ce que la fonction de l'estomac soit incessante, comme celles des trois maîtresses pièces de la machine corporelle. La saignée est donc d'une indication positive et pressante, et si elle laisse mourir plus souvent que le spécifique de la fièvre intermittente pernicieuse, cette différence de résultats provient de la cause plus compliquée de l'apoplexie. Toujours est-il que nous n'avons pas de meilleur remède à opposer à cette terrible maladie, et que nous devons y recourir toutes les fois que le pouls est plein et la veine assez bonne, sans avoir égard à l'opinion des assistants naturellement disposés, malgré l'incertitude de la vie, à s'en prendre, en cas de malheur, à celui de qui ils attendaient la guérison.

La plupart des médecins, frappés de la dissemblance du sang des pleurétiques d'avec celui des apoplectiques, cherchent à se rendre raison du bon effet de la saignée dans l'apoplexie par la soustraction du serum dont la surabondance causait du trop plein, et dans la pleurésie par celle du cruor dont l'excès donnait au sang trop de consistance, de plasticité. Il y a quelque chose de plus particulier à savoir, les forces vitales modifiant les lois de l'hydraulique. L'observation suivante en est la preuve.

3° *Spasme*. Une Créole, âgée de dix-huit ans, hystérique, éprouvait parfois dans un pied une faiblesse qui l'obligeait de boiter, ou même d'interrompre sa promenade. Du reste, quelques heures de repos dissipait cette faiblesse. Elle était allée passer quelques jours à la campagne avec sa mère chez des amies d'enfance.

Cette jeune personne étant à dîner, fut surprise de ne pouvoir avaler aucune espèce d'aliments solides ni liquides, pas même sa salive. L'accident ne causait aucune douleur, ses compagnes affectèrent d'en plaisanter, persuadées qu'il n'aurait pas plus de suites que la faiblesse ordinaire du pied.

Le lendemain, même impossibilité d'avalier, et la journée se passa à supporter la soif et la faim.

Le troisième jour, le spasme du gosier devenant sérieux par l'incertitude de sa durée et

la rigueur de l'abstinence, on se décida à appeler un médecin.

A mon arrivée, je trouvai tout le monde en pleurs. Je vis une jeune fille au désespoir qui n'en pouvait plus de besoin. *Elle allait bientôt mourir de soif et de faim, sans qu'on pût rien comprendre, rien faire à son état.* Elle désignait avec les doigts le siège de tout son mal, à la région des muscles constricteurs du pharynx.

La fièvre qui s'était allumée tant par l'abstinence absolue et l'insomnie, que par les terreurs de l'imagination, la chaleur du front et la plénitude des veines superficielles, me détermina à tenter la saignée du bras. A peine le vaisseau fut-il ouvert, qu'il se fit une détente salutaire, si bien que notre Créole avala sa salive, et, dans un transport de joie, demanda à boire et à manger. On s'empressa de lui présenter un verre d'eau; elle l'avalait avec avidité, et le sang continuait de couler. Jamais fièvre tierce ne fut coupée plus net par l'écorce du Pérou (1828.)

Le professeur Broussais, si ces lignes tombent sous ses yeux, se rappellera sans doute qu'en Espagne il obtint un résultat tout semblable de la saignée du bras sur un officier supérieur, actuellement attaché au personnel de la guerre. Le succès fut d'autant plus éclatant, qu'il eut lieu en présence des consultants sur lesquels l'avis du médecin physiologiste l'emporta.

V. O. GOURAUD père,
*Médecin de l'hôpital militaire
de la rue Blanche.*

(La suite à un numéro prochain.)

TRAITEMENT DES PERTES DE SANG QUI PEUVENT SUIVRE L'ACCOUCHEMENT, par la compression de l'aorte exercée sur le ventre, la pression convenable du corps, et l'usage du seigle ergoté et des fortifiants.

Les moyens que l'on a proposés pour arrêter les pertes de sang qui peuvent survenir avant ou après la délivrance, sont on ne peut pas plus nombreux, ce qui prouve que le traitement de ces pertes n'est pas encore bien connu.

Je n'entrerai pas dans le détail de tous ces moyens; il suffit de prouver que leur emploi est fréquemment suivi de la mort de la femme; ainsi, on lit dans l'ouvrage de madame Lachapelle, deuxième volume, page 390, la note suivante: « Sur cinquante - cinq hémorragies « utérines, avant ou après l'accouchement, je « trouve que quinze femmes seulement ont suc- « combé; je crois que la proportion serait bien « plus forte, s'il ne s'agissait que de pertes sur- « venues pendant la grossesse; il est vrai que « celles-ci ne deviennent ordinairement funestes « qu'après la terminaison du travail prématuré « auquel elles ont donné lieu. »

En outre, dans les cas où quelques-uns de ces moyens, tels que les affusions d'eau froide, l'introduction de la glace, d'eau mêlée de vinaigre, ont réussi à arrêter la perte, souvent les femmes ont été prises, pendant leurs couches, d'inflammation violente du péritoine, comme le dit madame Lachapelle, et de celle des veines

de la matrice, ainsi que je l'ai remarqué plusieurs fois.

Le traitement ordinaire des pertes de sang par l'eau froide, par l'agacement des parois de la matrice, par le massage de cet organe, par l'introduction de citrons écorcés dans sa cavité, fait donc beaucoup de mal, même lorsqu'il fait cesser l'inertie de la matrice, et qu'il arrête l'écoulement du sang; aussi, je ne saurais trop conseiller d'y renoncer, et d'avoir recours aux moyens que j'emploie, et dont l'usage est bien plus simple, plus sûr, et tout-à-lait innocent dans ses résultats; les voici :

Lorsque l'hémorragie qui précède la délivrance, est grave, je comprime, avec la main gauche, l'aorte abdominale à travers la paroi antérieure du ventre, et avec la droite que j'introduis dans la matrice, je décolle le placenta.

Après la délivrance, si l'hémorragie est peu grave, j'administre à la femme une solution aqueuse de 40 grains environ de seigle ergoté, médicament qui a pour effet évident de faire contracter la matrice dix minutes environ après son ingestion dans l'estomac; ainsi, la perte est arrêtée sans retour. L'hémorragie est-elle rapide, foudroyante! je comprime d'abord l'aorte avec les doigts de l'une des mains; je donne immédiatement à boire la solution aqueuse et sucrée de seigle ergoté, que j'administre une seconde fois, s'il est nécessaire, un quart-d'heure après; j'introduis l'autre main dans la matrice, pour la vider du sang qui s'y est coagulé, et je l'y laisse fermée jusqu'à ce que cet organe la chasse hors de sa cavité; à l'aide de ce traitement, je ne perds aucune femme.

Si la perte existait pendant la grossesse et pendant le travail de l'accouchement, elle devient bien plus grave, et plus souvent fatale après la délivrance; je ne suis pas moins maître de la vie de ces femmes que de celles qui sont affectées de pertes de sang foudroyantes après l'accouchement; quant à celles-là, je leur administre un traitement fort simple; je commence par leur donner moi-même un verre de vin d'Espagne en lavement, que je leur recommande expressément de garder; je comprime, et maintiens comprimée l'aorte abdominale, au moyen d'une ceinture de ventre serrée à tel point, que je ne laisse passer qu'un filet de sang dans les artères fémorales, dont j'explore de temps à autre les battemens; je place ensuite la femme horizontalement sur son lit, et lui élève le bassin plus que le reste du corps: de temps en temps je lui fais boire une cuillerée de vin, et tantôt une cuillerée de bouillon tiède; je lui fais donner aussi quelques demi-lavemens de bouillon; j'entoure les membres de serviettes chaudes, pour y activer la circulation et y appeler la chaleur: avec ces moyens, j'affirme n'avoir perdu aucune des femmes qui avaient encore, au moment où j'étais appelé auprès d'elles, quelques onces de sang en circulation.

De l'invention de la compression de l'aorte abdominale.

L'idée de comprimer l'aorte abdominale a été pressentie par Smellie et par J.-L. Baudelocque (Voyez le premier volume de l'ouvrage de Smellie, pages 349 et 404, et troisième volume, pages 141, 154 et suiv., et le premier volume

de l'ouvrage de mon oncle, page 443.) « L'expérience, dit-il, qui m'avait instruit des « avantages du bandage que l'on met autour « du ventre des femmes, à la suite de l'accouchement, avant que je connusse les préceptes « de Smellie, m'a fait penser aussi qu'il pouvait « être utile, dans certains cas de pertes, après « l'accouchement, en modérant un peu le cours « du sang vers la matrice, par la pression qu'il « exerce médiatement sur les vaisseaux du bas- « ventre. »

On ne trouve, dans les auteurs modernes, aucune trace de l'idée de comprimer l'aorte dans quelque cas que ce soit, si ce n'est dans les œuvres chirurgicales de MM. Astley Cowper et Benjamin Travers, qui ont paru en 1823, ouvrage dans lequel on lit, premier volume, page 187: « que M. Astley Cowper, essayant de passer une ligature autour de l'artère iliaque externe anévrismatique sur un homme fort maigre, épuisé par des pertes de sang très abondantes, et étant obligé de renoncer à cette opération, dit à deux de ses élèves de comprimer l'aorte sur l'épine du dos, et ses aides parvinrent à arrêter la pulsation de l'artère dans l'aîne droite; M. Cowper fit ensuite la ligature de l'aorte abdominale; mais ce célèbre chirurgien ne déduisit de la facilité avec laquelle on avait comprimé l'aorte, dans ce cas particulier, aucune conclusion utile à la pratique, et ne donna point le conseil formel de comprimer l'aorte dans tous les cas de pertes de sang; de sorte qu'aujourd'hui on ignore même encore généralement, que ce vaisseau est compressible, surtout chez les femmes en couches.

Boër, dans son ouvrage intitulé: (*Natur. medic., Obstetri, liber septimus*, pag. 525, publié à Vienne en 1812), parle d'après un autre, de la compression de l'aorte exercée à l'aide d'une main introduite dans la matrice, et portée sur la région postérieure de cet organe, procédé, dit M. Dugès, qui a été généralement exclu de la pratique de l'art des accouchemens.

En définitive, c'est moi qui, le premier, ai consigné à l'Académie des Sciences de l'Institut, et qui ai fait connaître la compression de l'aorte, que l'on peut exercer sur le ventre des femmes en couches, dans le but d'arrêter les pertes de sang qui suivent l'accouchement.

Dans la lettre que j'écrivais à cette académie, le 8 septembre 1828, et qui fut lue publiquement, j'avais réligé cette idée de la manière suivante: « Arrêter immédiatement, et dans « sa source, l'hémorragie utérine qui précède « ou suit la délivrance, en comprimant avec les « doigts, ou un moyen mécanique quelconque, « l'aorte abdominale au-dessus du fond de la « matrice, après avoir fait fléchir les parties « supérieures et inférieures de la femme sur le « bassin. »

Quelque temps après, un médecin qui réclama la priorité de l'invention de ce procédé, chercha à prouver qu'il en est l'auteur en lisant, à l'Institut, un travail dans lequel il cita des observations de pertes de sang; qu'il aurait arrêtées par la compression, seule et momentanée, de l'aorte abdominale: ces observations ne méritent pas plus de confiance que celles que publierait un chirurgien qui prétendrait avoir arrêté définitivement l'hémorragie qui suit l'am-

putation d'un membre, par la compression, seule et momentanée, de l'artère principale de ce membre.

Facilité que l'on éprouve à comprimer l'aorte abdominale, surtout à la suite de l'accouchement.

Chacun sait qu'à la suite de l'accouchement, les parois du ventre qui ont été distendues par le développement de la matrice, deviennent molles et lâches; que la ligne blanche a acquis une largeur qui varie de 20 lignes à 4 pouces, et même plus; que les intestins n'ont pas encore repris leur situation ordinaire, de sorte que, pour peu qu'après avoir fait fléchir les parties supérieures et inférieures de la femme sur le bassin, l'on déprime avec les quatre derniers doigts de l'une des mains l'enveloppe abdominale, immédiatement au-dessus du fond de la matrice, on sent les pulsations de l'aorte, avec plus de facilité, que l'on sent celles de l'artère radiale près du poignet; l'expérience prouve, en outre, que si l'on exerce cette compression au niveau de l'ombilic, le sang qui s'écoule hors de la matrice s'arrête aussitôt, ce qui démontre que la veine cave inférieure n'est pas comprimée; en effet, la position de cette veine, en cet endroit, démontre qu'il est impossible qu'elle soit comprimée; si, d'ailleurs, le sang s'écoulait des parties de la femme pendant la compression de l'aorte, c'est que la personne qui l'exercerait, ou comprimerait mal l'artère, ou porterait sa main trop à droite sur la veine cave; or, dans ce cas, elle n'aurait qu'à la porter plus sur le côté gauche de la colonne vertébrale.

La durée de la compression que l'on doit exercer sur l'aorte, doit nécessairement être relative à la quantité de sang que la femme a perdu; si, par exemple, elle a perdu peu de sang, la compression de l'aorte devra être exercée pendant quelques minutes seulement, parce que, sitôt après que l'on aura placé les doigts sur l'artère, on donnera à boire la solution aqueuse de seigle ergoté, qui fait bientôt ressentir son action sur la matrice.

Si la femme a perdu, au contraire, une grande quantité de sang, la compression de l'aorte devra être faite, plus ou moins long-temps, pendant une demi-heure, une heure, ou par exemple, à moins que l'on ait sous la main une ceinture avec laquelle on exercera la compression prolongée de ce vaisseau; car, lorsqu'on a arrêté des pertes de sang à la suite de l'accouchement, en serrant fortement le ventre, ce n'est que parce qu'on avait appliqué très exactement la matrice contre l'aorte.

On exerce donc la compression avec les doigts, et alors on ne la fait que momentanément, ou bien à l'aide d'une ceinture, et, dans ce cas, on l'exerce d'une manière prolongée.

La ceinture dont je me sers a été imaginée par une de mes anciennes élèves sages-femmes (1); elle est préférable à toutes les autres ceintures, remplit parfaitement son but, et son application est avantageuse, surtout quand la femme est affaiblie par la perte d'une grande quantité de sang; toutes les femmes en couches

même devraient la porter au lieu de cette serviette qu'on leur met autour du ventre pour les serrer; et qui ne les serre nullement.

Cas de pertes de sang dans lesquels j'ai employé, ou d'autres personnes que moi, ont employé la compression de l'aorte exercée sur le ventre, et administré le seigle ergoté.

J'ai employé, un grand nombre de fois, la compression de l'aorte exercée sur le ventre, et aussitôt après, le seigle ergoté, 1^o, en 1828, et 2^o, deux fois en 1830, en présence et successivement, de M. Guichard, de M. Planté, étudiant en médecine, et de madame Tabouret, sage-femme, puis de madame Desgranges, sage-femme, dans des pertes foudroyantes après l'accouchement; les femmes ont conservé la vie.

Plusieurs personnes ont bien voulu me communiquer des observations de ce traitement qu'elles ont employé avec un succès inespéré; ce sont M. Collin, médecin à Torigny, M. Maupas, professeur de mon cours d'accouchement, qui a mis en usage ce traitement, en présence de plus de vingt élèves, à ma salle d'accouchement, et madame Petitjean, qui a employé la compression de l'aorte, le seigle ergoté et les fortifiants, chez une femme affectée au quatrième jour de ses couches, d'une perte de sang très abondante, et pour laquelle elle avait été appelée en consultation; cette habile sage-femme a conservé, de cette manière, la vie à la femme, qui se trouvait dans un état de faiblesse excessive.

En 1831, M. Layraud a comprimé aussi l'aorte abdominale, et pendant une heure et demie, sur un charcutier qui s'était blessé avec un couteau, au-dessus du pli de l'aîne droite, et s'était ouvert l'artère iliaque externe c'est à la sagacité que ce médecin a déployée dans cette circonstance pressante, où le sang jaillissait avec abondance, que le blessé a dû sa conservation jusqu'à l'arrivée de M. Velpeau, qui a pratiqué la ligature de l'artère au-dessus de la blessure. Le malade a guéri: M. Layraud mérite les plus grands éloges pour avoir saisi cette belle occasion d'appliquer mon procédé à un cas de chirurgie des plus graves.

J'ai exercé la compression long-temps prolongée de l'aorte et du ventre dans quelques autres cas, 1^o, en 1830, en présence d'un médecin distingué, M. Payen, pour arrêter une perte de sang qui durait depuis six heures; 2^o de madame Lefèvre, sage-femme, et d'un autre praticien éclairé, M. Alphonse Martin, dans une perte, suite d'accouchement, où le placenta était inséré au col de la matrice; 3^o dans un autre cas semblable, je comprimai ce vaisseau avec le tourniquet de J.-L. Petit, pendant plus de quatre heures, devant une vingtaine d'élèves à l'hôpital Saint-Louis: enfin 4^o en 1831, dans une utérine interne, je comprimai l'aorte à l'aide de la ceinture indiquée plus haut, que je serrai fortement: dans tous ces cas, les femmes ont guéri.

Enfin, j'ai encore employé la compression du ventre après avoir tamponné le vagin, chez deux femmes qui avaient avorté; la première, en présence de madame Gislain, sage-femme, et la deuxième, en présence de M. Bouillet, l'un de mes anciens élèves, qui se fait connaître

(1) Mme. Petitjean, rue du faubourg Montmartre, 75.

aujourd'hui ; et tout récemment, je l'ai exercée avec les doigts pendant une heure environ, en présence de mesdames Garin et Petitjean, sages-femmes, sur une femme qui perdait encore du sang à la suite d'un accouchement, où le placenta était attaché au col de la matrice ; puis, j'ai placé autour du ventre la ceinture indiquée, et je l'ai serrée de telle sorte que je ne laissai passer qu'un filet de sang dans les artères fémorales : dans tous ces cas, où j'ai en outre administré les fortifiants, je n'ai fait cesser la compression du ventre que vingt-quatre heures après : les femmes ont conservé la vie, et n'ont été affectées, par suite, d'aucune inflammation.

Néanmoins, dans trois autres cas de pertes, suites d'accouchemens, où le placenta était attaché au col de la matrice, j'employai ces moyens sans aucun succès, les femmes étant trop affaiblies par la perte de la totalité de leur sang qu'elles avaient éprouvée avant que je fusse appelé auprès d'elles ; beaucoup d'autres que moi, peut-être, auraient même refusé de les assister ; mais je n'ai jamais envisagé, dans la pratique de mes opérations, d'autre intérêt que celui de l'humanité.

La compression de l'aorte abdominale, et la compression de l'une, et quelquefois des deux veines fémorales faite à la partie supérieure des cuisses, convient dans une foule de cas qui se présentent chez la femme comme chez l'homme et dans diverses circonstances.

L'ensemble des moyens que j'emploie, pour arrêter les pertes de sang qui peuvent suivre l'accouchement, est bien préférable à l'usage des moyens ordinaires ; j'en suis convaincu par l'expérience.

Des preuves accumulées dans ce travail en faveur de la compression de l'aorte, et de l'efficacité du seigle ergoté dans le traitement des pertes de sang qui peuvent suivre l'accouchement, il résulte que les personnes qui exercent l'art des accouchemens, devraient toujours emporter avec elles du seigle ergoté toutes les fois qu'elles vont assister à un accouchement.

Je prie ces personnes de m'informer du résultat qu'elles auront obtenu de ce traitement, afin que je le publie.

BAUDELLOCQUE (neveu),
Professeur d'accouchement.

RÉPERTOIRE CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. Récamier.

Diarrhée aiguë. — Sulfate de soude.

Une femme de ménage, âgée de 55 ans, et douée d'une assez bonne constitution, fut opérée d'une hernie étranglée dans le mois de janvier 1833. Depuis cette époque, elle est restée sujette de temps en temps, pendant quelques jours, à des coliques et à des diarrhées, du reste sans fièvre ni dépérissement. Les coliques commencent généralement par l'intestin hernié, qui sort toutes les fois que le bandage n'est pas appliqué.

Cette femme avait ses coliques et sa diarrhée depuis quinze jours lorsque nous la vîmes à l'Hôtel-Dieu le 2 février 1834. Elle souffrait beaucoup plus et avait des selles beaucoup plus fréquentes, depuis huit jours. Elle avait eu deux jours d'une fièvre assez vive pour l'agiter et la priver de sommeil. Après la fièvre, les coliques et la diarrhée avaient persisté.

2 février. Coliques vives, ventre souple. — L'intestin sort et rentre facilement. — Langue naturelle, pas de nausées, excepté après les quintes trop fortes d'une toux de rhume qui la tient depuis deux mois. Soif peu vive ; pas de fièvre. Hier, trois selles, cette nuit deux. On ne prescrit que de l'eau de riz et de gomme et des potages au riz. — Ce jour-là il y eut encore six selles en diarrhée et de vives coliques.

Le 3^e jour de l'entrée à l'hôpital (3 février), on administra une once de sulfate de soude dans huit onces d'eau, et on continua les potages et la tisane de riz. Il y eut dans la journée six garde-robes, et dans la nuit suivante deux. Mais les coliques furent moins fortes. La malade n'eut ni fièvre ni nausées.

Le 4 février, deux garde-robes non diarrhéiques dans la journée, point dans la nuit. Plus de coliques.

Le 5, pas de selles ni de coliques. — Le 6, à la visite, la malade est dans un état excellent.

Nous avons voulu fixer l'attention de nos lecteurs sur ce petit fait qui va nous fournir l'occasion de quelques réflexions sur la diarrhée aiguë.

Cette affection, la diarrhée, est une de celles que la médecine moderne a considérées de la manière la plus fautive. En ne voyant dans ce phénomène pathologique, comme dans tous les autres, que l'irritation ou l'inflammation du gros intestin, en bornant par conséquent toute la thérapeutique aux injections émollientes et aux émissions sanguines, l'école physiologique a certainement rétréci le champ de la nature, et il faut dire que, l'avouant ou ne l'avouant pas, la plupart des praticiens se sont laissés aller à cette idée et en sont encore là, comme dans la patrie de Brown on est encore sous l'influence de ce grand systématique, et l'on combat presque constamment la diarrhée par des purgatifs violents, la rhubarbe, l'aloès, la gomme-gutte, etc., sauf à donner le laudanum à hautes doses quand arrive la superpurgation. S'il y avait à choisir entre ces deux méthodes, oui, nous préférerions celle de Brown (bien appliquée) ; car Brown, malgré ses inconvéniens, n'éteint pas ou ne laisse pas s'éteindre la vie : il stimule au-delà des bornes, mais il a l'avantage, par là même, de faire appel aux sympathies intestinales, si nombreuses, si variées, si fécondes. Il a de meilleures chances pour une crise salutaire, parce qu'il n'a pas ôté à l'organisme sa force et sa puissance médicatrice, et qu'il ne pousse pas les maladies à la chronicité et à l'interminabilité.

Au lieu de ne regarder qu'à une partie du phénomène, l'afflux d'humeurs se faisant vers un point de l'intestin et constaté par quelques au-

topsies, n'était-il pas plus sage, plus médical, de voir comment et quand naissait ce phénomène, dans quelles circonstances il apparaissait, dans quelles circonstances il disparaissait. Si c'est la suppression d'une sueur habituelle des pieds ou d'un flux hémorrhédaire depuis long-temps établi, qui a produit la diarrhée, qu'avons-nous à faire d'un peu de sang engorgeant quelques vaisseaux capillaires d'un pouce carré du colon ascendant ou descendant? Si le flux abdominal (*alvi fluxus*) est sous la dépendance de quelque humeur viciée de la partie supérieure du canal digestif, d'une altération des sucs gastrique, intestinal, pancréatique, ou de la bile, n'est-ce pas le principal point à constater? Et une fois constatée l'existence d'une pareille cause, n'est-ce pas à elle que nous devons nous adresser? Morgagni disait que la cause de la diarrhée résidait souvent dans l'estomac : c'est l'estomac alors qu'il fallait guérir. Croit-on que l'altération et l'appauvrissement du sang ne devront pas être pris en considération avant la diarrhée, avant l'irritation du colon ou du rectum, qui n'en seront qu'un symptôme, qu'une coïncidence? Et les métastases, et les répercussions, et les émotions de l'âme, etc.? Pourquoi, dans un grand nombre de cas, une diarrhée serait-elle un phénomène de nature différente qu'une sueur? Pourquoi la sécrétion intestinale serait-elle plus nécessairement inflammatoire que l'exhalation cutanée? Ne sont-ce pas choses qui souvent se remplacent? Mais, lors même que les nombreuses sécrétions qui se font à la surface de l'intestin ne seraient pas purement et simplement altérées, lors même qu'à ces altérations de sécrétions il se joindrait, nous le voulons, de l'irritation, de l'inflammation, est-il de la bonne logique, est-il de la saine et légitime induction de tenir plus de compte de ce point irrité et enflammé que des causes nombreuses et capitales que nous venons de rappeler, que de causes plus nombreuses encore et tout aussi capitales que nous pourrions énumérer? Non, assurément.

Ce sont toutes ces choses, tous ces élémens de maladie que les anciens s'appliquaient à connaître dans leurs observations pathologiques et cliniques; ce sont ces nuances si diverses et si pratiques qu'ils s'attachaient à saisir. Ils le faisaient d'une manière incomplète, parce qu'il leur manquait des instrumens de diagnostic et de pronostic que nous avons, nous; mais ils tâchaient de le faire. Sur le point particulier qui nous occupe en ce moment, le diagnostic, et la thérapeutique qui en dépend essentiellement, ont été non pas stationnaires, non pas rétrogrades (ce qui eût été un bonheur pour eux), mais faux de tout point et stériles.

Ce n'est pas tout : pour les mêmes raisons, on a oublié plusieurs faits d'observation et de pratique excellens. Par exemple, Hippocrate avait dit : — « Uno die fluere alvum, sæpe bonum; et etiàm pluribus, dum febris absit et intra septem dies quiescat: purgatur enim corpus, et quod læsurum erat, utiliter effunditur. » — Et comme son aphorisme avait été confirmé par l'expérience de plusieurs siècles, on respectait les diarrhées qui ne dérangent point la santé ou qui survenaient à la fin des maladies aiguës. On les respectait, pourvu que la fièvre manquât ou que la diarrhée cessât en sept jours.

Car si la fièvre survenait, c'était une phlegmasie dont il fallait arrêter les progrès; et, si la diarrhée durait plus de sept jours, elle devenait maladie et épuisait les forces. Depuis, la diarrhée a été poursuivie à tout prix par les stimulans et les antiphlogistiques : les malades ont été incendiés ou exténués.

Hippocrate avait fait encore cette admirable remarque que le vomissement spontané guérissait souvent un flux de ventre chronique : *A longo alvi profluvio detento spontaneus vomitus superveniens morbum solvit*. Et de grands praticiens, parmi lesquels Van-Swieten, Pringle et Sydenham, guérissaient des diarrhées chroniques et opiniâtres, des diarrhées qui avaient résisté à tous les astringens, en administrant de fréquens vomitifs. Cela encore a été perdu : au lieu de voir le rapport qui pouvait exister entre les observations de ces illustres praticiens, et d'examiner les circonstances spéciales dans lesquelles le vomissement pouvait guérir la diarrhée, on a nécessairement traité de folie l'idée de convertir une entérite en gastro-entérite.

De même, on ne chercha plus le meilleur mode de curation de la diarrhée dans l'histoire des épidémies, cette source féconde d'études et de comparaisons médicales. L'ipécacuanha, le verre d'antimoine, la gomme gutte, le sel de Glauber, etc. qui, au récit d'auteurs estimables, avaient été successivement, dans des épidémies différentes, d'une utilité évidente et d'une parfaite inutilité, furent des médicamens dont l'action anti-diarrhéique ne fut plus ni recherchée ni connue. Pourquoi, plusieurs fois, les astringens étaient-ils si nuisibles, à moins que les purgatifs n'eussent été préliminairement et convenablement employés? On se serait bien gardé de se demander compte de ce phénomène thérapeutique.

Il est remarquable que dans le grand nombre de médicamens qui ont été opposés à la diarrhée on ne trouve pas ou qu'à peine le sulfate de soude. Parmi les laxatifs que l'on a conseillés contre les diarrhées féculentes ou les diarrhées d'irritation, le sulfate de soude est justement celui qui n'a pas été indiqué. Dans l'article *Diarrhée* de son *Dictionnaire of practical medicine*, article digne d'être lu avec attention, le docteur Copland insiste sur les qualités que doit avoir le laxatif à administrer dans ces sortes de diarrhées; tout ce qu'il dit s'appliquerait merveilleusement au sulfate de soude dont il ne parle pas. « Dans ce cas, dit-il, il faut apporter beaucoup de discernement dans le choix du purgatif : car s'il est insuffisant, la maladie se prolongera; s'il est trop actif, l'inflammation ou la superpurgation pourra s'ensuivre. Alors une dose modérée d'huile de ricin, une infusion de séné avec la manne, le tartrate de potasse, quelquefois la teinture de jusquiame : si l'estomac n'est pas trop irritable, la rhubarbe avec la magnésie combinées avec un grain d'ipécacuanha dans l'eau de piment, obtiendront l'effet désiré. » D'après ce que nous avons vu, le sulfate de soude remplirait bien mieux les conditions voulues. Ajoutons que le sel de Glauber est loin d'avoir les inconvéniens que présentent les purgatifs indiqués par le docteur Copland qui, du reste, s'occupe

quelques lignes plus bas, de remédier par l'opium à la superpurgation éventuelle et même probable produite par ces médicaments.

Est-ce en vertu d'une certaine action homœopathique que le sulfate de soude guérit la diarrhée aiguë, pourvu qu'il n'y ait pas d'inflammation trop vive de l'intestin? Zimmermann cite ce sel comme un puissant remède dans la dysenterie, et d'autres, depuis lui, ont employé le sel de Glauber ou le sel d'Epsom dans la même maladie. Pendant l'épidémie de choléra de 1832, les praticiens qui ont employé le sulfate de soude l'ont trouvé merveilleux pour arrêter les évacuations alvines. Enfin les cas du genre de celui que nous venons de citer, nous sont familiers, et nous sollicitons sur ce point de pratique l'attention de nos confrères.

HENRI GOURAUD, A. TROUSSEAU.

HOMŒOPATHIE.

Résumé historique de l'homœopathie.

Lorsqu'une idée a acquis assez de crédit pour devenir l'objet des méditations des hommes de science, il n'est pas sans intérêt de la prendre à son origine et d'assister, par la pensée, à son développement.

Pour suivre l'idée homœopathique dans ses progrès, nous la personnifions en son auteur, dont la vie fut toute consacrée à l'homœopathie, et doit en former l'histoire.

Hahnemann, né à Meissen, petite ville de Saxe, en 1755, après avoir reçu cette première instruction que l'on donne au collège, se voua à l'étude de la médecine. En 1775, il se rendit à l'université de Leipzig pour y suivre les cours de médecine. Après deux années d'études, il alla à Vienne, et devint le protégé du docteur Quarin, directeur de l'hôpital de Léopold.

Peu fortuné, Hahnemann ne put continuer ses travaux cliniques, et fut attaché comme médecin et bibliothécaire à la maison du gouverneur de la Transylvanie. Il se rendit, trois ans après, à l'université d'Erlangen, y fut reçu docteur, revint en Saxe, changea plusieurs fois de séjour jusqu'en 1789, qu'il se fixa à Leipzig.

Hahnemann se livra peu à la pratique de la médecine. Le vide des théories, et l'empirisme de la pratique lui rendaient sa profession odieuse. profondément instruit en chimie, en minéralogie, en médecine, possédant les langues anglaise, française, italienne, il vécut de ses publications dans les journaux, et de ses traductions.

Ces premiers travaux révélaient déjà cet esprit positif, ce génie expérimentateur, qui devaient conduire Hahnemann à refaire une science qui doit être toute de faits, et qu'il trouvait toute de données fausses ou hasardeuses.

En 1790, Hahnemann traduisant la *Matière médicale* de Cullen, fut si mécontent de toutes les hypothèses à l'aide desquelles on cherchait à expliquer l'action fébrifuge du quinquina, qu'il s'écria : *Je trancherai la question.* Il prit une forte décoction de quinquina, et fut saisi d'un accès de fièvre intermittente très analogue à celle que ce médicament guérit. On rapporte que rien ne put égaler la joie de Hahnemann,

en proie à la fièvre. Comment, se demandait-il, *la substance qui me donne la fièvre à moi, bien portant, la guérit chez l'homme malade.* Serait-ce là un fait exceptionnel, ou là-dessous existe-t-il une loi constante et qui puisse servir de guide au médecin dans l'application des substances?

Cette question ne pouvait se résoudre que dans de nouvelles expériences, et c'est là qu'apparaît dans toute sa puissance cette grande organisation d'homme qui conçoit une idée et lui voue quarante ans de sa vie.

Hahnemann commença dès-lors sur lui-même et sur quelques amis une série d'expériences. Privation de tout genre, régime sévère, douleurs atroces, danger d'altérer sa santé par l'ingestion de petites doses de poisons actifs, il brava tout durant de longues années, marchant toujours ferme et plein d'ardeur à la découverte de sa loi.

Ses découvertes l'indemnèrent largement de tant d'opiniâtres et pénibles recherches. Il reconnut toute notre ignorance sur les propriétés pathogénétiques des substances. A peine connaissait-on quelques-uns des effets principaux des médicaments classés en vomitifs, purgatifs, etc. La plus grande partie des effets qui leur sont propres était complètement inconnue.

Il étudia chaque substance jusque dans ses moindres nuances d'action, et il vit que ces nuances seules peuvent servir, dans bien des cas, à caractériser les médicaments dont les symptômes violents produits le plus souvent par la réaction de l'organisme se ressemblent presque tous plus ou moins.

Parmi les substances expérimentées par Hahnemann, plusieurs se présentaient, de même que le quinquina comme spécifiques de maladies. Ainsi, le mercure pour la syphilis; le soufre pour la gale ou psore. Là encore il trouva analogie entre les effets de ces substances sur l'homme sain, et les symptômes guéris par elles sur l'homme malade.

Qui n'a remarqué, sans l'utiliser, cette singulière ressemblance des lésions syphilitiques et mercurielles, de la gale et des éruptions cutanées produites par les préparations sulfureuses. Jusques-là, Hahnemann n'avait encore résolu que la moitié de son problème. Il possédait la science des propriétés pathogénétiques, ou, en d'autres termes, des vertus de la plupart des médicaments. Il avait constaté sa loi, c'est-à-dire, l'analogie des effets produits sur l'homme sain avec les symptômes guéris chez le malade, dans les trois spécifiques admis comme tels par les médecins. Il avait la conviction morale que cette loi était générale et devait conduire à l'appréhension des substances aux maladies, à la découverte de nouveaux spécifiques. Il lui restait à vérifier cette grande hypothèse, à la réduire en fait.

Sans rechercher dans la profondeur d'organes cachés; mal connus, la modification organique à laquelle nous rapportons l'idée de maladie, et contre laquelle nous dirigeons l'action médicale, sans faire grand cas des troubles fonctionnels ou symptômes, Hahnemann se créa une méthode pour approprier à l'homme malade la substance susceptible de le rendre à la santé.

Il serait trop long de rapporter ici les axiômes qui forment les chaînons de l'homéopathie, nous nous bornerons à formuler de notre mieux en quelques mots, le *principe pathologique* de cette doctrine.

Pour Hahnemann, la *lésion organique*, pas plus que le *symptôme*, n'est la *maladie à guérir*.

Le symptôme est évidemment produit par la lésion d'organe; mais celle-ci, par quoi est-elle produite? Suivant Hahnemann, par la *maladie*.

Par exemple, un homme se présente avec un bubon: la douleur, la gêne des mouvemens, la fièvre et tous les autres troubles fonctionnels qui existent, voilà les *symptômes*; la glande, tuméfiée, enflammée, s'abcédant, suppurant, voilà la *lésion*; la syphilis, voilà la *maladie*.

Et de même que vous lutteriez en vain contre les symptômes, qui se reproduiraient incessamment, si vous ne fesiez disparaître la *lésion*; de même vous lutterez en vain contre celle-ci qui se reproduira, et à son défaut une autre analogue jusqu'à ce que vous ayez guéri la *maladie*, le *vi. us*.

Quel est le médecin raisonnable qui, aujourd'hui, cherche à faire disparaître un chancre, une exostose, une douleur ostéocope, sans agir contre la maladie dite *syphilis*. Eh bien, ce que l'on fait pour cet ordre seul de maladie, Hahnemann le généralise et l'étend à toutes les maladies.

Pour lui, toute lésion est le *révélateur* d'une *maladie*, ou *virus*, ou *miasme*, comme on voudra l'appeler. Pour la guérir, il y aurait rigoureusement deux choses à connaître, la *maladie* et la substance propre à la détruire, le *spécifique*.

Ce serait un problème à deux inconnues.

Mais si la loi dont nous avons parlé est vraie, il devient facile de résoudre le problème sans chercher les *inconnues*..

Les spécifiques ont sur l'homme sain des effets semblables aux symptômes qu'ils combattent chez l'homme malade. Donc les substances dont les effets sur l'homme sain ressemblent aux symptômes de la maladie que le médecin est appelé à traiter, en sont les spécifiques.

Hâtons-nous de le dire; ce rapprochement, qui serait encore une idée bien ingénieuse si elle n'était que cela, est devenu un grand fait, et nous n'hésitons pas à le proclamer le plus grand fait qui ait jamais jailli d'un cerveau d'homme.

Oui, cette méthode a été suivie par Hahnemann, et elle a réalisé, dans ses mains, toutes les espérances qu'elle faisait concevoir. Et si nous ne parlons pas de ces nombreux disciples qui ont reproduit l'œuvre du maître, c'est que nous voulons poursuivre l'histoire de ses travaux.

La pratique conduisit bientôt Hahnemann à reconnaître un *fait thérapeutique* de haute importance.

Dans ses expériences il avait constaté qu'à la suite des effets d'une substance sur l'homme sain, il s'en développait d'autres contraires aux premiers. Ainsi, tout le monde sait que l'opium produit d'abord le sommeil, l'assoupissement, et ensuite une insomnie souvent opiniâtre. Il admit que ceux-là étaient propres à la

substance; il les appela *effets primitifs* ou *propres*: ceux-ci à la réaction de l'organisme contre la substance, il les désigna sous le nom d'*effets secondaires* ou *réactifs*. Par cela seul que l'analogie qui le guidait s'établissait entre les effets propres du médicament et les symptômes de la maladie à guérir, il en résultait qu'il devait d'abord aggraver la maladie en employant un remède à effet primitif harmonique au mal.

Mais comme tel n'était pas son but, et que dans l'emploi du médicament il cherchait l'effet secondaire ou réactif, il dut administrer de faibles doses. Aussi commença-t-il par des fractions de grain, tel que cela est usité dans l'emploi des substances très actives, le *sublimé*, l'*arsenic*, etc.

L'aggravation primitive que l'on conçoit être de l'essence de la médication homéopathique, étant encore trop forte, et n'ayant d'ailleurs aucune utilité, Hahnemann imagina des procédés pharmaceutiques pour réduire encore plus l'atténuation des médicaments. Et c'est ainsi qu'il arriva à ces préparations infinitésimales qui provoquent encore aujourd'hui une incrédulité trop grande. Il mélangea les suc actifs des plantes avec l'alcool qui leur sert de conservateur, et les substances sèches pulvérisées avec le sucre de lait en poudre. Ainsi, une goutte de suc mélangée avec 99 gouttes d'alcool donnait une préparation dont chaque goutte contenait $\frac{1}{100}$ du médicament. Une de ces gouttes, mélangée avec 99 gouttes d'alcool, portait la division à $\frac{1}{10000}$; et, en continuant cette opération, il est parvenu à ce fractionnement, presque idéal, du médicament. Aujourd'hui, c'est la 30^e dilution ou atténuation qui est usitée.

C'est ici qu'il faut laver l'homéopathie d'un reproche mal fondé, parce que l'assertion qui l'avait provoqué était elle-même sans fondement. Quelques homéopathes ont dit que les atténuations réduites, c'est-à-dire, qu'une fraction insaisissable d'une substance avait plus de *force*, plus d'*action* qu'une atténuation plus élevée, c'est-à-dire, qu'une fraction sensible de la même substance; et que c'était là le motif qui avait excité Hahnemann à employer ces préparations.

Il y a là double erreur. D'abord, en fait, l'action d'une substance est généralement en raison de sa dose, et jamais on n'a pu dire après réflexion, qu'un globule de belladone empoisonnât plus sûrement un homme que trente gouttes du suc de cette plante. Ensuite, en doctrine, c'est mal comprendre l'esprit de la médication homéopathique. Ce ne sont pas de *fortes actions* que cherche le médecin, puisqu'elles aggravent les symptômes à guérir, c'est la *réaction de l'organisme*, contraire à l'action du médicament, et par conséquent à la maladie que sollicite le médecin homéopathe dans la thérapeutique.

Ou doit donc dire, que les doses infinitésimales ne sont pas plus actives, plus fortes, mais plus *efficaces*, plus *convenables*, plus *appropriables* que les doses élevées.

D'une part, elles ont des effets primitifs moins puissans, par conséquent l'aggravation homéopathique est moins forte; d'autre part, elles sus-

fisent à développer les effets secondaires ou réactifs, les seuls utiles et curatifs.

Ainsi, un homme a de l'insomnie : l'indication est de provoquer l'état contraire à ce symptôme, le sommeil.

Le café, chez l'homme sain, a pour effet primitif ou propre de provoquer l'insomnie, et pour effet secondaire ou réactif le sommeil. On administre le café au malade, non dans la vue d'avoir une action primitive intense, c'est-à-dire, d'augmenter son mal, mais dans la vue d'obtenir la réaction, qui est la guérison.

Or, avec une quantité infinitésimale, on peut provoquer cet effet secondaire, cette réaction; il devient au moins inutile d'avoir recours à une dose plus forte.

Dr BLANC.

(La suite au prochain numéro.)

Nous recevons de M. le docteur Bonnet, président de la Société royale de médecine de Bordeaux, la lettre suivante avec le rapport lu par lui dans le sein de cette société sur l'homœopathie. L'abondance des matières nous oblige de remettre au prochain numéro l'insertion de ce rapport, qui répond, aussi bien que nous le pourrions faire, à plusieurs des propositions de M. le docteur Blanc. C'est ainsi que la discussion doit s'engager entre les hommes de bonne foi d'un bout de la France à l'autre : nous som-

mes heureux de leur servir d'organe, et nous leur renouvelons toutes nos promesses d'impartialité et de loyauté.

Au Rédacteur du journal des *Connaissances Médico-Chirurgicales*.

Bordeaux, le 4 février 1834

Monsieur et très honoré confrère,

Le manuscrit que je vous envoie a été lu dans la dernière séance publique de la Société royale de médecine de Bordeaux : si vous croyez qu'il puisse ne pas déparer votre journal, vous m'obligerez beaucoup de l'y insérer. Vous ferez également beaucoup de plaisir à plusieurs de mes confrères, qui seraient bien aises de voir paraître dans un recueil si influent et si répandu un travail qui, suivant eux, renferme une appréciation consciencieuse et juste de l'homœopathie et des faits dont on cherche à éblouir le public de la Gironde; cet excellent public qui, ici comme partout, se distingue par sa crédulité, son amour du merveilleux, et le besoin qu'il a d'être trompé.

J'ai l'honneur d'être, etc.

A. BONNET, D. M. P.

Président de la Société royale de médecine de Bordeaux.

II. — ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

HISTOIRE CHIRURGICALE DU SIÈGE DE LA CITADELLE D'ANVERS, par Hipp. LARREY, ex-aide-major des ambulances de l'armée du Nord.

Après quelques détails historiques sur l'organisation chirurgicale de l'armée du Nord, indiquant la manière dont les ambulances avaient été disposées sur les différens points, et dont le service avait été réparti entre les officiers de santé français et belges, l'auteur de cette relation entre dans les considérations chirurgicales, et passe successivement en revue toutes les blessures dont nos soldats ont été atteints pendant la campagne d'Anvers. Dans cette dernière partie, qui forme le second chapitre de l'ouvrage, ces blessures sont examinées sous un point de vue purement général : Ainsi, les *blessures d'armes à feu*, les *brûlures*, les *mutilations*, les *blessures multiples*, puis les complications de ces différentes blessures, telles que la *gangrène traumatique*, la *pourriture d'hôpital*, les *commotions*, le *tétanos*, les *hémorragies*.

La gangrène traumatique, cette fâcheuse complication, a été observée rarement, et on a eu occasion de constater la justesse de la distinction que M. Larrey, père, a établie entre cette affection et la pourriture d'hôpital. Celle-ci s'est montrée souvent à différens degrés avec ses phénomènes caractéristiques : suppressions passagères ou prolongées de la suppuration, aspect grisâtre, productions couenneuses, naissance et développement d'un point gangréneux au centre, et extension vers les bords de la plaie.

— L'encombrement n'a pu être donné comme cause déterminante de la pourriture d'hôpital. L'emploi du chlorure d'oxide de sodium a, dans la majorité des cas, arrêté la marche de cette

Pendant toute la durée du siège, il n'y a eu aucune observation de tétanos, tandis que six cas bien caractérisés se sont montrés après le siège. M. Larrey croit, avec raison je pense, que les variations atmosphériques peuvent expliquer les variations du développement de cette funeste complication.

Les hémorragies primitives, quoi qu'on en pense généralement, sont fréquentes après les blessures à feu, et elles ne sont pas les moins funestes. Elles ont souvent lieu, non par saccades mais en nappe, et dans ce cas, elles présentent un danger imminent. Les hémorragies veineuses se sont, nombre de fois, montrées redoutables à la suite des amputations, et il a fallu lier les vaisseaux d'où elles provenaient.

Pour ce qui est relatif aux amputations, M. Larrey fait les observations suivantes :

Que l'amputation primitive a eu des avantages incontestables sur l'amputation consécutive. Ainsi cette question est de plus en plus jugée par la chirurgie moderne; elle l'a été dans les guerres de la révolution et de l'empire, elle l'a été en juillet 1830, elle vient de l'être dans la campagne d'Anvers;

Qu'il y a avantage à amputer le moignon d'un membre emporté par le boulet; que le moignon ne doit être conservé que dans les cas peu nombreux où la désorganisation et la déformation des parties ne sont pas trop grandes;

Que l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale offre à-peu-près les mêmes chances de succès que l'amputation dans la continuité du bras. Sur 8 amputations de ce genre dont 5 primitives, et 3 consécutives, il y a eu deux décès parmi ces dernières. M. Hipp. Larrey fait remarquer, après son père, que l'amputation scapulo-humérale doit être préférée à l'amputation dans la continuité du bras pratiquée au-

dessus de l'insertion deltridienne; car dans ce dernier cas, la contraction incessante des fibres du muscle deltride tend à produire la saillie de l'os, et par conséquent à compliquer fâcheusement l'opération.

Que la réunion par première intention, après les amputations, expose à de graves étranglemens inflammatoires, à cause de la constriction trop forte qu'exercent les bandelettes agglutinatives sur le moignon dès que la tuméfaction est survenue; que, d'un autre côté, la longueur de la suppuration, à la suite de la seconde intention, a d'autant plus d'inconvéniens pour des malades qui, comme les soldats, sont livrés aux chances funestes du typhus, de la pourriture, etc.; que la préférence doit être donnée à la méthode qui réunit les avantages de la première et de la seconde intention sans les inconvéniens de l'une ni de l'autre.

L'amputation dans l'articulation coxo-fémorale a été tentée une fois au siège de la citadelle d'Anvers, sans succès.

La résection de l'extrémité supérieure du fémur a été tentée une fois également sans succès. C'est pour la première fois que cette opération, proposée par White, et approuvée, mais sans exécution, par Vermandois, Petit-Radel et Chaussier, avait été entreprise. Nous sommes fâchés que M. Larrey ne nous donne pas plus de détails nécroscopiques sur ce cas remarquable: Il se contente de dire: *dégénérescence putacée des chairs environnant la plaie; infiltration de matière sanieuse; intégrité des vaisseaux et des nerfs; tuméfaction du membre dans toute son étendue.* Les chirurgiens qui sont opposés à la résection des extrémités articulaires, et qui, selon nous, ont raison pour la généralité des cas, se fondent surtout sur la difficulté et la complication du manuel de ce genre d'opération et sur l'état des parties que l'on est obligé d'inciser. Il nous semble donc que les détails de nécropsie devaient ici abonder pour éclaircir une question aussi capitale.

On trouvera dans l'ouvrage de M. Hippolyte

Larrey des faits intéressans, des observations longuement exposées qui donnent tout à la fois l'idée de la puissance d'un art intelligent et de la fécondité des ressources de la nature. On y voudrait peut-être un peu plus de fermeté et de hardiesse de jugement; mais un jeune chirurgien ne peut parler avec l'assurance d'un homme mûri par une longue expérience; c'est beaucoup que cette bonne volonté d'être utile qui nous fait raconter ce que nous avons vu, quand nous avons été à même de voir, et de faire comme Montaigne, qui disait aussi, lui: *Je ne juge pas, je raconte.*

BIOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES CÉLÈBRES, ANCIENNES, MODERNES ET CONTEMPORAINES, avec 20 portraits, par A. DELACOUX, D. M. P.

Le livre que nous annonçons ici remplit une lacune: C'est un honneur rendu aux femmes qui ont illustré l'art des accouchemens.

Dès la plus haute antiquité, et dans tous les pays, on a vu des femmes que leur dévouement à portées vers ces fonctions délicates, et un assez grand nombre y ont déployé des qualités remarquables depuis la célèbre athénienne Agnodice, qui bravait les condamnations de l'aréopage et lui arrachait le droit de faire les accouchemens, et la célèbre Louise Bourgeois, accoucheuse de Marie de Médicis, jusqu'à madame Lachapelle et madame Boivin, ces deux savantes femmes dont les écrits sont dans toutes les bibliothèques.

S'il y a pour les personnes d'une profession quelque chose d'intéressant, de curieux, d'encourageant, c'est l'histoire de celles qui les ont précédées dans la même carrière, c'est l'étude des difficultés qu'elles ont eues à traverser, et, si je puis ainsi dire, le détail de la gloire qu'elles ont conquise. Cette *biographie*, faite pour les sages-femmes, destinée à leur montrer la beauté et l'importance de leur art, lorsqu'il est cultivé avec conscience et intelligence, sera donc accueilli par elles avec plaisir, et leur sera d'un utile exemple.

* G.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi des chlorures dans les affections typhoïdes, par J.-H. Réveillé-Parise.

L'auteur de ce petit mémoire, après avoir éprouvé combien incertaine encore est la thérapeutique des affections typhoïdes, puisque des méthodes opposées se vantent d'un nombre presque égal de succès, fut amené par l'exemple de quelques médecins du dix-huitième siècle, à essayer l'administration intérieure des chlorures. A la fin du dernier siècle, Guillaume Fordyce avait recommandé l'acide muriatique dans les affections malignes, telles que la petite-vérole maligne, les inflammations gangréneuses et les fièvres pétéchiiales, à la dose de 100 gouttes par jour dans une tisane mucilagineuse.

Voici la formule que M. Réveillé-Parise a employée plusieurs fois avec succès:

Prenez Chlore liquide, 2 à 3 gros,
Eau distillée, 8 onces,

Sirop de sucre, 1 once,

à prendre par cuillerée à café dans les vingt-quatre heures.

Afin de s'assurer que c'était à l'action des chlorures qu'il devait l'amélioration observée dans les symptômes, ce médecin suspendait toute autre médication dès qu'il en venait à celle-ci. Parmi les faits qu'il cite à l'appui de sa doctrine, quelques-uns nous paraissent conclure en sa faveur, quelques autres nous semblent d'une moindre importance, soit que le chlorure ne s'oppose pas à une terminaison funeste, soit que le mieux puisse et doive être attribué à la marche naturelle et favorable de la maladie.

(*Bulletin thérap.*, janvier 1834.)

Note sur la Diète et sur son abus dans le traitement des maladies, par J.-F. Caffort, chirurgien de l'hôpital de Narbonne.

La note que publie M. Caffort est essentielle

C'est une vérité perdue de vue par un grand nombre de praticiens, que la diète peut donner naissance à une gastrite sur laquelle le diagnostic est d'autant plus important à bien établir que le parti thérapeutique que l'on prendra décidera nécessairement de la vie ou de la mort du malade. Le chirurgien de Narbonne se cite lui-même pour exemple : En 1824, il était sujet à une affection de l'estomac, qui fut beaucoup aggravée par des travaux fatigans et par des peines morales. Il se mit à un régime très sévère pendant dix mois, ne prenant un peu de lait qu'avec une crainte excessive; tous les symptômes d'une affection organique de l'estomac se montrèrent à la suite de cette diète excessive.

Heureusement, M. Caffort s'aperçut que les intermittences de son pouls, que ses palpitations de cœur et ses défaillances le tourmentaient davantage aux heures les plus éloignées de ses repas. Alors il augmenta peu à peu son alimentation, et peu à peu passa de l'état le plus désespéré au rétablissement complet de sa santé.

M. Caffort rapporte quelques faits par lesquels il montre avec quelle facilité un praticien peut être abusé sur l'existence de ces prétendues gastrites, qui sont l'effet immédiat et direct de la diète. Ainsi, c'est au bout d'un très petit nombre de jours d'une maladie aiguë (4 ou 5), que quelques personnes éprouvent ces symptômes de gastrite : la preuve en est que, si on continue la diète, elles tombent dans le marasme, et s'approchent de plus en plus du terme funeste, et que, si on les alimente, elles reviennent comme par enchantement. « Je n'ai pas été arrêté, dit M. Caffort, par la douleur épigastrique, ni par la rougeur de la langue, parce que je n'ignore pas que ces symptômes se manifestent toujours chez les personnes qui sont soumises à une diète prolongée. La faim non satisfaite produit inévitablement une inflammation de l'estomac, et le plus sûr moyen de faire cesser cette phlegmasie, c'est de fournir des alimens à ce viscère. »

Il faut prendre garde encore que certains estomacs très capables de digérer des solides sont impatiens des liquides, et ce serait une grave erreur de prendre pour gastrite primitive, et impossibilité de digérer, l'antipathie qu'ont pour les liquides ces estomacs.

M. Caffort fait encore remarquer que, dans les gastrites et les gastralgies, les malades supportent mieux les alimens maigres que les alimens gras; tandis que dans les entérites chroniques et dans les entéralgies, l'alimentation grasse est celle qui est le mieux supportée. « Il faut bien se rappeler, dit-il enfin, que la diète a pour effet, 1° de diminuer la masse du sang; 2° de le rendre plus séreux et moins fibrineux; 3° d'activer l'absorption; 4° de rendre le pouls petit, intermittent, aisément effaçable; 5° de jeter les organes dans la paresse, quelquefois même dans la paralysie; 6° sans diminuer l'activité des fonctions intellectuelles. » A présent, accumulez ces effets sur l'organe le plus directement affecté par la diète, l'estomac, et jugez s'il peut devenir le siège d'une phlegmasie formidable. (*Bulletin therap.*, janvier 1834.)

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ A BISCHOFFSHEIM,

COMMUNE DU DÉPARTEMENT DU BAS-RHIN, DANS LES MOIS D'AOUT, SEPTEMBRE ET OCTOBRE 1832, par M. Maurice RUFF, D. M. P.

L'endroit où a sévi cette épidémie, est situé sur le revers et au pied d'une colline très fertile; les habitans y vivent dans une bonne aisance; le cimetière, placé au milieu du village, est entouré de maisons nombreuses qui ont été les plus maltraitées pendant tout le temps de l'épidémie : deux tuyaux en bois conduisent l'eau à deux fontaines, dont l'une est au milieu, l'autre, dans la partie basse du village. Le caractère de la maladie a été évidemment contagieux : trois personnes venues pour visiter leurs parens, de retour chez elles, ont été atteintes de la fièvre régnante; deux ont succombé. La nature parut faire tous les frais de la guérison, et suscitait ordinairement des crises salutaires par la peau. MM. Ruff et Blum se contentèrent de suivre et de seconder doucement la nature dans ces heureux mouvemens : Ainsi, ils favorisèrent les sueurs par une infusion de fleurs de tilleul, et un peu d'acétate d'ammoniaque; quand la peau fut âcre et brûlante, ils firent faire des lotions avec l'oxycrat. Ils se trouvèrent bien dans les convalescences qui, en général, furent longues et pénibles, d'une alimentation substantielle. Sur 110 malades, ils n'en perdirent que 7, bien que les symptômes exposés par eux soient ceux des épidémies les plus graves rapportées par les auteurs.

Presque tous les malades de Bischoffsheim présentèrent quelques symptômes que les médecins du pays rapportent à une *miliaire essentielle*. Ces symptômes sont : « Fourmillement au bout des doigts; malaise général; oppression de poitrine et douleur au creux de l'estomac; mais surtout une éruption cristalline. » Au reste, cette éruption miliaire est endémique dans le pays, et y accompagne presque toutes les maladies graves.

La maladie se jugeait le plus souvent par les sueurs; deux fois elle s'est terminée par une hémorragie nasale; une fois par des parotides. (*Gaz. méd.*, janvier 1834.)

OBSERVATIONS DE BLESSURES DE L'ARTÈRE RADIALE, GUÉRIES PAR LA COMPRESSION; communiquées par M. GRISOLLE, interne de l'Hôtel-Dieu.

M. Bérard jeune a publié dans la *Gazette médicale* (octobre 1833), deux observations de blessures de l'artère radiale dans le premier espace intermétacarpien, dans lesquelles la ligature de l'artère radiale au bas de l'avant-bras, et la compression de l'artère cubitale, employées simultanément, arrêtaient sans retour l'hémorragie. M. Grisolles, d'après deux faits nouveaux qu'il présente, pense que la compression seule suffit en pareille circonstance. Dans ces deux cas en effet, l'hémorragie de l'artère radiale dans la main fut arrêtée par deux points de compression établis convenablement sur la radiale et sur la cubitale.

BLESSURE DE L'ARTÈRE RADIALE GUÉRIE PAR LA LIGATURE ET LA COMPRESSION, par Ant. DUGÈS, Professeur à Montpellier.

M. Dugès rappelle les graves accidens qui

peuvent naître de la blessure des arcades palmaires profonde ou superficielle. M. Serre, de Montpellier, a vu deux malades chez lesquels une blessure de l'arcade palmaire profonde a nécessité la ligature des deux artères principales qui se rendent à la main, sans préjudice des applications réfrigérentes et de la compression exercée sur le point correspondant à la blessure; M. Listranc a été obligé de lier successivement l'artère radiale, la cubitale et une artériole médiane, pour une hémorragie traumatique du poignet; John Bell cite, d'après White, des cas où l'amputation a été nécessaire pour arrêter l'hémorragie. M. Dugès trouve, dans ces faits, la confirmation de l'opinion de M. Dupuytren, qui veut qu'on lie les deux bouts du vaisseau lésé toutes les fois que cette opération est praticable. Cependant, il publie une observation que l'on peut rapporter à celles de M. Bérard, dans laquelle la compression a été nécessaire et a suffi après la ligature de l'artère radiale. A ce propos, M. Dugès se demande pourquoi on parle plus des hémorragies opiniâtres à la suite des blessures de la radiale qu'à la suite de celles de la cubitale? Est-ce parce que, par sa position, la radiale est un peu plus superficielle? ou y aura-t-il de ce fait une raison physiologique dont l'anatomie toute seule ne rendrait pas compte? « Est-ce que, dans les deux arcades palmaires, le sang circulerait habituellement de la cubitale à la radiale, et conserverait cette tendance, en cas de blessures, à raison de conditions organiques qui échappent à nos sens. » (?)

OBSERVATION DE RÉTRÉCISSEMENT CONSIDÉRABLE DU VAGIN, FAISANT OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT, par M. DUPARCQUE, D. M. P.

Une dame de 23 ans, dans un premier accouchement très long et très laborieux, eut le périnée et le vagin rompus; et, à la suite de ces ruptures, une inflammation gangréneuse du vagin. Des lambeaux considérables se détachèrent de ce canal membraneux, qui se rétrécit au point de n'admettre qu'une sonde de gomme élastique. Dans cet état cependant, quoique la copulation fût de toute impossibilité, cette dame devint enceinte. M. Duparcque, appelé au cinquième mois de la grossesse, qu'il ne diagnostiqua que d'après les mouvemens de l'enfant (car l'introduction du doigt indicateur était impossible), pratiqua une saignée de 12 onces réclamée par des signes de pléthore générale, et prescrivit des bains de siège de deux heures tous les jours, un ou deux grands bains par semaine, l'introduction dans le canal rétréci de cylindres d'éponge préparée, l'injection de décoctions mucilagineuses, une alimentation douce, un exercice modéré.

Au septième mois, la dilatation du vagin permettait seulement l'introduction du doigt indicateur. Le rétrécissement avait environ un pouce et demi de longueur, présentait une série de brides et d'anfractuosités alternatives. A terme, les douleurs se firent sentir. M. Duparcque avait préparé tous ses instrumens, s'attendait à débarrasser le canal vaginal pour faciliter le passage de l'enfant. Mais, chose admirable! des glaires abondantes humectèrent et lubrifièrent les par-

ties, la tête de l'enfant qui se présenta bien en première position, dilata lentement, mais sans accident, le vagin. Dix heures se passèrent depuis le commencement du travail jusqu'à la rupture des membranes: La tête de l'enfant mit près de trois heures à dilater et à franchir le rétrécissement, mais à la fin elle le franchit. M. Duparcque, pendant le passage, soutint, avec les doigts réunis des deux mains, la circonférence du rétrécissement, afin de s'opposer à une dilatation trop rapide et à des déchiremens trop étendus.

L'extraction du placenta se fit sans difficulté. L'enfant, du sexe masculin, était d'une force ordinaire. Les suites de couche n'offrirent rien de remarquable qu'un peu plus d'intensité dans les symptômes qui suivent ordinairement un passage long et difficile.

(Gaz. méd., janvier 1834.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE LA SANTONINE, par M. MERK, de Darmstadt.

La santonine, découverte depuis plusieurs années dans l'extrait éthéré de la semencine, autrement dite *semen contra vermes*, vient d'être obtenue dans l'état de pureté la plus complète par M. Merk.

Cette substance se présente en prismes brillans, incolores, sans saveur ni odeur. Exposée aux rayons solaires, elle prend une couleur jaune foncé, qui disparaît bientôt lorsqu'on vient à la dissoudre dans l'alcool. Soumise à l'action de la chaleur, elle fond et se volatilise sans se décomposer. Bien qu'elle ne soit point acide, elle forme avec les bases de véritables sels, dont plusieurs sont cristallisables; tels sont ceux de chaux, de baryte et de plomb. La formation de ces sels est accompagnée de phénomènes bien remarquables.

Vient-on à chauffer en effet un mélange de chaux, d'eau, de santonine et d'alcool, la liqueur ne tarde pas à prendre une belle couleur rouge; par le refroidissement, le sel calcaire cristallise en aiguilles soyeuses, et devient parfaitement blanc. Avec la baryte, la strontiane, la soude, la potasse et l'ammoniaque, la coloration en rouge se produit également, mais seulement dans le cas où on ajoute de l'alcool, autrement les combinaisons sont parfaitement blanches.

On peut obtenir la santonine en traitant la semencine par la chaux vive hydratée et l'alcool, la teinture alcoolique évaporée au quart, puis passée au filtre, qui en sépare la résine; et, traitée à chaud par l'acide acétique concentré, laisse cristalliser la santonine par le refroidissement.

Les médecins de Darmstadt ont reconnu à ce nouveau principe des propriétés vermifuges bien prononcées, à la dose de trois à quatre grains deux fois par jour; prise à une dose plus élevée, elle occasionne des douleurs de ventre et des éructations d'estomac avec un goût très prononcé de semencine.

(Journ. de pharm.; janv. 1834.)

SUR LA PRESENCE DE L'AZOTE DANS TOUTES LES SEMENCES, par M. GAY-LUSSAC.

On n'ignore pas que plusieurs semences con-

tiennent de l'azote; le blé en est un exemple frappant, puisqu'il fournit le gluten, matière éminemment azotée; mais personne n'a encore annoncé que toute semence renferme une matière animalisée.

M. Gay-Lussac a soumis à la distillation sèche une très grande quantité de semences, soit dans leur état naturel, soit après les avoir dépouillées de leur enveloppe, et n'en a trouvé aucune qui ne lui ait fourni de l'ammoniaque, soit immédiatement, soit après l'addition d'une certaine quantité de chaux.

Plusieurs semences, telles que le riz, donnent à la distillation des produits très acides, tandis que les haricots et la plupart des semences légumineuses donnent un produit très ammoniacal; mais en ajoutant de la chaux dans les premiers, on y démontre aisément la présence de l'ammoniaque.

De là M. Gay-Lussac conclut qu'en général, une graine, abstraction faite de son enveloppe, peut être considérée comme formée de deux parties, l'une végétale, qui donne à la distillation un produit acide; l'autre animale, qui donne un produit ammoniacal. En sorte que le caractère acide ou alcalin du produit dépend de la prédominance de l'une de ces deux matières sur l'autre.

Ces observations importantes expliquent l'étonnante fécondité comme engrais du résidu que laissent les graines dont on a séparé l'huile, et réciproquement la nécessité d'une matière animale dans les engrais. (*Annales de chimie et de physique*; mai 1833.)

De la Codéine.

Dans une lettre adressée à M. Robiquet, M. William Gregory fait connaître les résultats de quelques expériences qu'il a tentées sur les propriétés thérapeutiques du nitrate de codéine. Ce sel, à la dose de trois grains, n'a produit aucun effet remarquable sur l'économie, mais une dose de quatre à six grains a déterminé des symptômes assez saillants. D'abord accélération du pouls, chaleur dans la tête et dans la face, ensuite excitation remarquable de l'esprit analogue à celle que produisent les liqueurs enivrantes. Cette excitation agréable et d'assez longue durée fut accompagnée d'une démangeaison des plus marquées, qui commença à la tête et se répandit sur tout le corps; après quelques heures cet état fut suivi d'une dépression désagréable, avec des nausées et quelquefois des vomissements. Aucun des expérimentateurs n'a observé la moindre tendance au sommeil, excepté après l'état de dépression.

D'un autre côté M. le docteur Kunkel a constaté, par des expériences, que la codéine pure avait une action beaucoup plus vive sur les organes que lorsqu'on l'employait combinée aux acides.

Aussi est-il vraisemblable, ainsi que l'a fait remarquer M. Robiquet, qu'on obtiendrait des résultats plus saillants que ceux de M. Gregory, en faisant usage d'une simple solution aqueuse de codéine; toujours est-il que la codéine peut, ainsi que M. Robiquet l'avait annoncé, représenter certaines propriétés de l'opium qui n'avaient point encore été retrouvées dans les produits connus de son analyse.

De l'Atropine.

L'atropine, nouvel alcali organique, vient d'être découverte, dans l'*atropa-belladonna*, par M. Mein, pharmacien à Neustadt-Goders, nous n'entrerons pas dans les détails de sa préparation, qui se trouvent consignés dans le *Journal de Pharmacie*, nous nous bornerons à indiquer ses principales propriétés.

Elle est blanche, et cristallise en prismes transparents et groupés, à éclat soyeux; elle est inodore, soluble dans l'alcool absolu et l'éther, mais plus à chaud qu'à froid; l'eau n'en dissout qu'une petite quantité, — environ, mais cette quantité suffit pour la rendre alcaline au papier réactif; cette même solution, très étendue, dilate promptement la pupille de l'œil humain. Soumise à l'action de la chaleur, l'atropine se fond et même se volatilise; chauffée avec l'hydrate de potasse, elle laisse dégager d'abondantes vapeurs ammoniacales.

On peut l'extraire des tiges des feuilles et de la racine de la belladone.

De l'Hyoscyamine.

L'hyoscyamine, dont l'existence dans la jusquiame était déjà pressentie, vient d'y être reconnue d'une manière évidente par MM. Geiger et Hesse, qui l'ont extraite de ses semences. Cette substance, lorsqu'elle est très pure, cristallise lentement en aiguilles incolores et transparentes, d'un éclat soyeux, et disposées en étoiles. Ces cristaux sont peu solubles dans l'eau et se dissolvent au contraire très abondamment dans l'alcool et l'éther; leur saveur est âcre et analogue à celle du tabac. L'action de l'hyoscyamine est très vénéneuse comme celle de l'atropine. A l'état anhydre elle n'est point alcaline (non plus que les autres alcalis organiques au même état), mais l'addition de l'eau y fait naître aussitôt une alcalinité fortement prononcée et persistante; distillée à sec, elle se volatilise en partie, sans altération; chauffée avec de l'eau, elle passe, en partie avec elle dans la récipient, la liqueur distillée est légèrement alcaline et dilate la pupille. Elle dégage de l'ammoniaque lorsqu'on la chauffe avec des alcalis hydratés. Les sels d'hyoscyamine sont neutres, ils cristallisent facilement pour la plupart, et sont aussi vénéneux que l'hyoscyamine pure.

La préparation de cet alcali est assez difficile en raison de sa prompte altérabilité au contact de l'eau et les alcalis libres, elle devient alors soluble en toutes proportions dans l'eau, et éprouve même une décomposition plus avancée.

De la Daturine.

C'est encore à MM. Geiger et Hesse que l'on doit à vrai dire la découverte de la daturine, qu'ils ont retirée des semences du *datura stramonium*. La daturine cristallise sans peine; elle est très vénéneuse et détermine une dilatation très forte et persistante de la pupille. Il est remarquable que MM. Geiger et Hesse n'ont reconnu la propriété de dilater la pupille qu'aux trois alcalis organiques de la famille des solanées que nous venons d'étudier. La daturine se volatilise en partie, sans altération; elle dégage de l'ammoniaque lorsqu'on la soumet à l'action d'une chaleur soutenue et des alcalis

fixes. A la température ordinaire il faut 280 parties d'eau pour dissoudre une partie de daturine, et 72 seulement à la température de l'ébullition. Elle est très soluble dans l'alcool, et un peu moins dans l'éther. Les sels de daturine cristallisent avec facilité et jouissent d'une action très vénéneuse. M. Samuel Simes qui a présenté, dans une thèse remarquable, une analyse complète des semences de stramonium y a reconnu l'existence de la daturine à l'état de malate, ainsi que M. Brandes l'avait observé le premier; mais il a vainement cherché la daturine dans les feuilles de cette plante. Il a reconnu d'ailleurs que la daturine était bien, comme Brandes l'avait annoncé, le principe actif du stramonium, puisque quatre grains de son muriate ont donné, en quelques heures, la mort à un petit chat, après des nausées et des contractions dans les muscles des pattes et du cou.

L'analyse chimique et l'expérience physiologique s'accordent donc pour prouver que les semences de stramonium sont la partie la plus active de la plante.

On voit que les trois nouveaux alcalis dont il vient d'être question sont beaucoup plus solubles dans l'alcool que dans l'eau, et qu'ainsi l'analyse chimique confirme la préférence que l'on a donnée depuis quelques années à l'usage des extraits hydro-alcooliques de belladone, de jusquiame et de stramonium surtout pour la préparation des médicaments destinés à l'usage externe, tels que les emplâtres, les pommades, etc.

Il n'est peut-être pas hors de propos à ce sujet, d'ajouter que ces extraits étant en général avides d'humidité, et se liquéfiant bientôt à l'aide de la transpiration, lorsqu'ils sont appliqués sous forme d'emplâtres; on s'est bien trouvé dans plusieurs circonstances, de les mélanger avec une certaine quantité de poudre fraîche et bien verte des plantes elles-mêmes, qui leur a donné une consistance commode et durable.

(*Journ. de pharm. fév. 1834.*)

Dans le premier numéro de janvier de ce journal, M. Soubeyran a publié sur l'extrait de gayac quelques observations qui méritent de fixer l'attention des praticiens.

Le bois de gayac est fortement résineux et ne contient au contraire qu'une très faible proportion de matière extractive et gommeuse, à laquelle l'expérience thérapeutique n'a pas reconnu de propriétés bien marquées. Il en résulte que l'eau froide n'enlève presque rien au gayac, et qu'elle ne peut l'attaquer notablement qu'à l'aide d'une ébullition prolongée pendant laquelle les matières extractives émulsionnent, en quelque sorte, les parcelles de résine qui ont été ramollies et détachées par l'ébullition.

On doit conclure de là que, pour tirer quelque parti des boissons aqueuses préparées avec le gayac, il est nécessaire d'employer du gayac très divisé à forte dose et de le faire bouillir longtemps.

Les divers formulaires recommandent de préparer l'extrait de gayac par décoction, et de séparer avec soin le dépôt résineux qui se forme à mesure que l'évaporation s'avance. Il est évident, d'après cela, que l'extrait obtenu

est à peu près complètement dépourvu de résine, c'est-à-dire, du principe le plus actif du gayac. Mieux vaudrait, ainsi que le recommande la Pharmacopée de Genève, ne pas séparer le dépôt qui se forme pendant l'évaporation, mais le diviser au contraire dans l'extrait à l'aide d'une petite quantité d'alcool, ou s'en tenir seulement à l'usage de la résine de gayac ou de la décoction elle-même, qui n'est dans le fait qu'un mode particulier d'obtenir la résine de gayac divisée dans un véhicule aqueux.

M. Lecanu a reconnu par l'analyse que la racine d'iris foetidissima était formée d'une huile volatile excessivement âcre, de résine, de matière amère, de matière colorante, de matière sucrée, de gomme, d'un acide libre, de cire, de sels, de ligneux.

Parmi ces divers principes, bien que les matières résineuses et amères puissent ne pas être sans influence, l'huile volatile paraît être le plus actif.

Si donc on cherche d'après les données de cette analyse à établir la valeur relative des divers médicaments que la racine d'iris foetidissima peut fournir, on voit que la racine fraîche doit être employée de préférence à la racine sèche, et que c'est surtout aux teintures alcooliques et éthérées, et à l'eau distillée de cette racine qu'il faudra s'adresser, puisque ces préparations seront plus chargées que toute autre de l'huile volatile.

Au reste, comme le fait fort bien remarquer M. Lecanu, les présomptions du chimiste ont besoin, dans cette circonstance comme dans toutes celles analogues, d'être vérifiées par l'observation du physiologiste.

(*Bull. de t'érapeut.*)

F. Boudet.

MÉDECINE COMPARÉE.

MALADIE DE LA MOELLE.

La question du ramollissement des centres nerveux est une de celles qui ont soulevé le plus de controverses en pathologie, depuis quinze ans. Il est un point surtout sur lequel on a été en dissidence: M. Récamier, l'un des premiers qui ait appelé l'attention des praticiens sur le ramollissement cérébral, soutenait qu'il pouvait s'effectuer en peu de temps; j'ai été plus loin que lui, j'ai soutenu, en m'appuyant sur des faits, que la paralysie dépendant du ramollissement du cerveau ou de la moelle, pouvait être aussi soudaine que celle qui reconnaît pour cause une hémorragie: et j'appuyais mon assertion non-seulement des observations que j'avais pu faire chez l'homme; mais de celles que j'avais faites sur les animaux domestiques, et que des vétérinaires recommandables, MM. Boulay jeune et Leblanc, avaient faites avant moi. Ces praticiens avaient en effet constaté plusieurs fois la soudaineté de la paraplégie chez des chevaux qui mouraient peu d'heures après, et qui présentaient un ramollissement considérable de la moelle: et ces faits ont été pleinement confirmés par ceux que M. le docteur Calmeil a recueillis à Charenton, par ceux que j'ai recueillis moi-même. Mais des observations récentes m'ont convaincu encore davantage de la soudaineté de

l'invasion des ramollissemens du cerveau; au point que je crois pouvoir affirmer que l'invasion du ramollissement des centres nerveux est, à peu de chose près, aussi brusque que celle de l'hémorragie.

Cependant le ramollissement des centres nerveux est en général assez facile à constater, et, pour peu qu'on ait l'habitude des autopsies, on reconnaît sans peine un commencement de désorganisation du cerveau ou de la moelle. Quant aux lésions des enveloppes, elles échappent le plus souvent aux recherches de l'anatomiste le plus exercé. Les altérations cadavériques, les congestions passives et toutes mécaniques, les stases opérées pendant la vie ou après la mort, en imposent souvent pour des traces de maladie. Aussi la plus profonde obscurité enveloppe-t-elle cette partie de la pathologie.

Quelques observations insérées par M. Boulay jeune dans un des derniers numéros du *recueil de médecine vétérinaire et pratique*, serviront à éclairer l'histoire des maladies des enveloppes de la moelle, et nous ferons connaître l'étroite liaison fonctionnelle qui unit le cordon médullaire aux méninges.

1^{re} observation. — Une jument hors d'âge et vigoureuse fut frappée tout-à-coup, durant le travail, d'une violente claudication du membre postérieur droit, sans aucune cause apparente. Dételée à l'instant même, elle fut conduite à l'infirmerie de M. Boulay jeune. Deux heures après l'accident, elle se tourmentait beaucoup, se couchait et se relevait sans cesse, et, lorsqu'elle était debout, ne s'appuyait qu'avec peine sur l'extrémité inférieure du membre malade, qu'elle tenait presque toujours rétracté : elle semblait être en proie aux plus vives douleurs.

Deux heures et demie après, la jument tomba de nouveau, et, au même instant, la douleur, qui jusque-là était restée fixée au membre postérieur droit, se manifesta tout-à-coup de l'autre côté.

Autopsie six heures après la mort. — Le tissu adipeux qui enveloppe la dure-mère de la moelle épinière est baigné d'une liqueur rougeâtre, à partir de l'arrière-vertèbre dorsale jusqu'à la dernière lombaire. La dure-mère elle-même n'offre aucune lésion. L'arachnoïde est fortement injectée dans une étendue de quinze pouces environ; correspondant à la moelle lombaire : cette membrane, dans ce point, est légèrement épaissie, et le tissu sous-sérenx sensiblement engorgé. Le prolongement rachidien a sa couleur et sa consistance ordinaires.

2^e observation. Une jument de six ans partit

de Charenton attelée à un cabriolet; elle se rendait à Paris; jusqu'à Paris elle parut bien portante, lorsque tout-à-coup elle fléchit du train de derrière, et elle tomba dans les brancards, sans faire ensuite le moindre effort pour se relever. On essaya vainement de la remettre sur ses jambes : les membres abdominaux, pour ainsi dire flottans, quand la bête était soutenue debout, ne fournissaient aucun point d'appui. Le soir on la plaça sur un traineau, et on l'amena à l'école vétérinaire d'Alfort. — 2^e jour. Perte complète des mouvemens et de la sensibilité des membres pelviens sans convulsions : paralysie de la vessie; renversement de la tête en arrière. 3^e jour. Même état, si ce n'est qu'il existe un peu de sensibilité dans les membres paralysés. 4^e jour. Les mouvemens sont toujours abolis; mais la sensibilité est presque entièrement revenue; la moindre piqure des membres postérieurs donne lieu à des mouvemens convulsifs de tout le reste du corps. Mort.

Autopsie. Appareil nerveux. — On n'observe aucune altération sensible dans le cerveau ni dans ses enveloppes; il en est de même du cordon dans toute son étendue. Mais on est frappé d'une injection très prononcée de toute la partie du feuillet arachnoïdien viscéral qui correspond au renflement lombaire de la moelle.

Ces deux observations nous semblent pleines d'intérêt, en ce qu'elles démontrent qu'une paralysie complète des membres postérieurs peut avoir lieu sans que le cordon rachidien ait éprouvé autre chose qu'une modification dépendant de la phlegmasie des enveloppes. Cette modification, que le scalpel ne peut découvrir n'en est pas moins démontrée par les troubles fonctionnels observés pendant la vie. Maintenant on est en droit de se demander si cette modification organique et intime ne peut pas survenir subitement et causer ces paralysies subites dont on ne trouve aucune explication anatomique après la mort; si elle n'est pas le premier degré de ramollissement du tissu nerveux, ou plutôt le passage entre l'état sain et le ramollissement; et si enfin à cette période elle n'est pas guérissable ainsi que la paralysie qu'elle cause, tandis que la paralysie dépendant du ramollissement effectué est essentiellement au-dessus des ressources de l'art. — Les faits que nous avons observés nous font aujourd'hui pencher vers l'affirmative, et nous espérons pouvoir dans peu résoudre la plupart de ces graves questions.

(*Recueil de médecine vét.*, nov. 1833).

* T.

JOURNAUX ANGLAIS.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FIÈVRE SCARLATINE, PAR M. SANDWICH.

Une épidémie fort grave de scarlatine observée en 1831 à Bridlington par M. Humphry Sandwich, a donné à ce praticien l'occasion de faire un mémoire fort intéressant dont nous tâcherons de donner ici toute la substance.

La première partie de ce travail est en quelque sorte destinée à combattre l'opinion de Sydenham, qui regarde la scarlatine comme une simple indisposition qui cède sous l'influence

d'un traitement quelconque, et qui n'est jamais fatale que par la faute du médecin. Sydenham, comme chacun sait, parlait peu d'après l'expérience des autres, et il est assez remarquable que ce patriarche de la médecine n'ait pas vu dans le cours de sa longue carrière une seule épidémie de scarlatine maligne. J'ai pourtant moins que personne lieu d'en être étonné. J'ai entendu dire en 1823, à M. Bretonneau de Tours, l'un des plus illustres praticiens de notre France, qu'il n'avait jamais vu mourir de la scarlatine un seul malade depuis vingt-quatre ans qu'il exerçait; depuis cette époque il a eu

l'occasion d'étudier des épidémies tellement meurtrières qu'il ne craint pas de les assimiler à la variole, au choléra asiatique ou à la fièvre jaune. Et par là se trouve justifiée cette proposition de Darwin citée par M. Sandwith que la scarlatine, dans les diverses épidémies, peut avoir tous les degrés de gravité possibles depuis l'innocuité de la piqûre de puce jusqu'au danger de la peste (*From a flea-bite to the plague*).

Pour détruire plus complètement la singulière assertion de Sydenham, l'auteur, laissant de côté toutes les épidémies anciennes, passe en revue seulement la plupart de celles qui ont sévi depuis le milieu du dix-huitième siècle jusqu'à nos jours. Bateman, dit-il, cite une épidémie de scarlatine qui sévit à Paris en 1743 et qui fut horriblement meurtrière, beaucoup de malades mourant neuf heures après l'invasion de la fièvre. Fothergill parle d'une scarlatine maligne qui sévit à Bromley en 1746 et qui fit un nombre considérable de victimes. De 1795 à 1806, sir Gilbert Blane, a vu, dans sa pratique particulière, mourir un malade sur quatre atteints de la scarlatine. Le docteur Bateman, dans son relevé des maladies qui ont régné à Londres depuis 1804 jusqu'en 1816, cite une année, mais une année seulement, c'était en 1808, où la scarlatine fut si peu meurtrière, qu'elle ne fit périr qu'un malade sur trente-six. Le docteur Hamilton témoigne de la gravité de l'épidémie qui sévit en 1804 à Edimbourg. Le docteur Lehman qui a observé en 1825 la scarlatine à Torgau, convient qu'il mourait le huitième de malades. Enfin s'il m'est permis de citer mes propres observations, je dirai que depuis 1823 jusqu'en 1830, la Touraine fut ravagée par d'horribles épidémies de scarlatine, et qu'une seule commune, le *Grand-Pressigny*, perdit en une saison le dixième de sa population; plusieurs communes des environs de Tours furent presque aussi maltraitées, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que, depuis quarante ans, la scarlatine s'était montrée dans cette même province avec si peu de malignité, que tous les vieux praticiens affirmaient n'avoir jamais vu mourir de scarlatineux que pendant la convalescence, et encore cet accident était-il extrêmement rare. Ce que je dis pour la Touraine, je l'ai également observé pour les départemens du Loiret, de l'Indre et de Loir-et-Cher, où la scarlatine n'avait pas régné d'une façon meurtrière depuis 1784 et 1785 et où elle faisait de grands ravages en 1826, 1827 et 1828.

Ce fait capital, savoir, la différence qui existe entre la gravité relative des épidémies n'est pas, ainsi que le fait observer M. Sandwith, un simple objet de curiosité; mais intéresse singulièrement les thérapeutes, en ce sens que telle forme de la scarlatine peut obéir à tel ou tel traitement ou même céder aux seuls efforts de la nature, tandis que, dans une autre épidémie et dans d'autres circonstances des moyens thérapeutiques puissans seront nécessaires pour combattre certaines séries d'accidens.

Dans l'épidémie de Bridlington, M. Sandwith, a cru devoir indiquer quatre formes assez tranchées.

1^{re} Forme. — Dans la majorité des cas, fièvre violente, avec plus ou moins de délire et inflammation de la gorge. Cette inflammation allait

quelquefois jusqu'au sphacèle, et la phlegmasie se communiquait aux glandes salivaires et au tissu cellulaire environnant. Ici l'auteur anglais se trompe évidemment. Dans les épidémies que j'ai observées j'ai vu commettre et j'ai commis moi-même au commencement la même erreur que lui; mais l'autopsie m'a démontré que le prétendu sphacèle des amygdales n'était autre chose que la putréfaction des concrétions pulvérulentes qui tapissent la gorge; et que le gonflement attribué aux parotides et aux glandes sous-maxillaires, appartient exclusivement aux ganglions lymphatiques qui abcèdent quelquefois.

2^e Forme. — Cette deuxième forme était caractérisée par des accidens très graves du côté des organes digestifs; il semblait que la phlegmasie cutanée s'était propagée à la membrane muqueuse gastro-intestinale. Cette forme était extrêmement grave, en ce sens qu'elle s'opposait d'une part au développement de l'éruption, et que, d'autre part, elle rendait impossible l'administration des remèdes.

3^e Forme. — La troisième forme que l'on pourrait appeler ataxique, était caractérisée par des désordres nerveux de toute espèce. Délire et coma, soubresaut des tendons, renversement des yeux, refroidissement des extrémités, et le plus souvent chaleur brûlante. Le délire survenait le plus souvent au début de la maladie, quelquefois au bout de deux ou trois jours, lorsque la maladie semblait être dans l'origine très peu grave.

4^e Forme. — Enfin chez un assez grand nombre de malades, l'inflammation semblait affecter également les bronches et il se manifestait une oppression qui devenait promptement mortelle. Dans ces cas, l'éruption ne se faisait pas, ou prenait une teinte pâle et cuivreuse, ou disparaissait; la peau était froide et la prostration était extrême.

Je crois avoir observé cette quatrième forme de scarlatine dont parle ici M. Sandwith, mais il m'a bien semblé que l'oppression et l'engouement pulmonaire étaient dans ce cas l'effet de la stupeur nerveuse, et qu'ils ne se manifestaient que dans la dernière période de la maladie. Je suis donc porté à croire que M. Sandwith a attribué à tort la mort aux désordres pulmonaires; tandis que, selon moi, ces désordres pulmonaires étaient l'effet de la diminution de l'influx nerveux.

Les accidens observés par l'auteur à la suite de la maladie sont les suivans: Anasarque générale quand on s'exposait au froid pendant la convalescence. Cette anasarque n'eut en général aucune gravité, si ce n'est dans une circonstance où il existait une phlegmasie chronique viscérale qui amena une hydrothorax mortelle. Dans un cas, une femme mariée eut un abcès dans le sein. Fréquemment on observa des abcès au cou. Une fois, il survint chez un enfant un saignement de nez que l'on eut beaucoup de peine à réprimer. Il en fut de même d'une hémorragie intestinale. Enfin chez un enfant, une inflammation ulcéreuse qui s'empara des amygdales et des piqûres de sangsues que l'on avait appliquées au cou, finit par devenir fatale par l'extension de l'ulcération au larynx.

Traitement. — Dans la première forme de la maladie, les purgatifs, l'application des sang-

sues et les émoulliens ont paru généralement suffire. Mais l'auteur regarde comme très important d'insister opiniâtrément sur les purgatifs, jusqu'à ce que l'excitation fébrile soit passée. Il regarde les émissions sanguines comme très-nécessaires aussi; mais elles le sont moins que les purgatifs. Les applications de sangsues au cou, la saignée quand il y a menace de congestion cérébrale avec délire violent et grande agitation. Mais, s'il y a seulement de l'ataxie, et si le malade est dans la prostration, il néglige les émissions sanguines pour s'en tenir aux stimulans diffusibles. *The Edinburg medical and surgical Journal*, October, 1833.

CLINICAL REPORT OF SURGINAL CASES, etc.

RAPPORT CLINIQUE SUR LES CAS CHIRURGICAUX OBSERVÉS DU MOIS DE FÉVRIER AU MOIS D'AOUT 1832, par JAMES SYME, professeur de chirurgie clinique en l'Université d'Edimbourg.

Parmi les cas rapportés par M. Syme, nous choisissons seulement les plus saillans.

Georges Mowdie, âgé de 28 ans, fut trouvé sans connaissance au pied d'un mur, du haut duquel il était sans doute tombé. Pendant quatre jours il fut insensible à tout ce qui l'entourait, seulement il remuait par hasard diverses parties de son corps, et exprimait par des cris ou des phrases sans suite la douleur qu'il ressentait. Au bout de ce temps, il recouvra son intelligence, mais on s'aperçut qu'il avait perdu le mouvement du côté gauche, et qu'il ne pouvait articuler aucune parole si ce n'est une ou deux des plus simples monosyllabes. Toutefois il comprenait fort bien tout ce qu'on lui disait, mais il ne savait plus lire ni l'écriture ni les caractères imprimés. Du reste toutes ses autres fonctions se rétablirent à l'aide de saignées abondantes et de fortes doses de mercure doux. Mowdie, chagrin de son état qu'étaient venu aggraver des accès d'épilepsie, se présenta trois fois dans le courant de l'année à M. Syme, demandant à être trépané. Le sillon demi-circulaire qu'on observait sur le côté gauche de la tête était trop léger pour qu'on pût regarder les accidens dont se plaignait le malade comme produits par la dépression de l'os. Néanmoins comme ses instances devenaient plus pressantes, et comme il pouvait se faire d'ailleurs que la table interne fût plus déprimée que l'externe, on se décida à pratiquer l'opération sollicitée. On trouva la table interne intacte et en place, la dure-mère dans l'état naturel. Mais les accès d'épilepsie devinrent plus fréquens, et le neuvième jour après l'opération, le dernier accès fut suivi d'un état comateux qui se termina par la mort. A l'ouverture on trouva la dure-mère

soulevée par environ 3 ou 4 onces de sérosité trouble; le lobe moyen de l'hémisphère gauche était concave au lieu d'être convexe, sa surface fort irrégulière présentait plusieurs saillies séparées par des dépressions peu profondes. Toute la substance de ce lobe était dure, presque coriace et sa structure était devenue caverneuse, et tous les intestins étaient remplis de sérosité. Les ventricules contenaient plus de sérosité qu'à l'ordinaire, la surface inférieure du lobe moyen était ramollie; il existait en outre sur le lobe antérieur de chaque côté un ramollissement superficiel peu étendu situé au niveau des lobules olfactifs et de la lame criblée de l'ethmoïde. M. Syme attribue l'altération du lobe moyen gauche à l'inflammation produite par l'épanchement de sang, remplacée après sa resorption par un épanchement séreux. Il paraît singulier que ce chirurgien ne dise pas un mot de ce qu'il y a peut-être de plus remarquable dans le fait qu'il rapporte, savoir: que la paralysie existait du même côté que la lésion cérébrale, à moins que, par une erreur de copiste, le mot *left*, gauche, n'ait été pris plusieurs fois de suite pour le mot *right*, droit, ce qui ne paraît guère probable.

Nous ne ferons que citer l'observation d'une femme affectée d'un cancer de la langue qui occupait plus du tiers de cet organe et s'étendait depuis sa pointe jusqu'à la seconde molaire. La partie malade fut enlevée avec de forts ciseaux courbes. Les deux artères ranines furent liées, et la surface de la plaie donna issue à une médiocre quantité de sang. Au bout de quinze jours un abcès se forma sur la partie latérale du cou, à égale distance de la mâchoire et de la clavicule; on l'ouvrit, et bientôt la guérison fut complète. Malgré la réduction considérable du volume de la langue, l'articulation des sons était à peine altérée. M. Syme fait remarquer que, dans les cas de ce genre, l'excision est préférable à tout autre procédé, et qu'elle n'entraîne aucun danger, puisque les seules artères un peu volumineuses de la langue sont placées près de sa pointe, et par conséquent faciles à atteindre.

M. Syme rapporte encore un cas de tumeur blanche du coude, dans lequel il pratiqua la résection des extrémités articulaires; mais il ne décrit ni le procédé employé, ni il n'indique l'étendue du mal, et le volume des portions d'os enlevées; il dit seulement que l'opération fut suivie d'un plein succès, et que, au bout de quelques mois, il était difficile de saisir la moindre différence entre les deux bras; il faut croire qu'il excepte au moins les différences de forme, de force et de longueur; c'est déjà beaucoup que la mobilité soit restée la même.

* T.

JOURNAUX ALLEMANDS.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

GUÉRISON D'UNE LÉTHARGIE DE QUATRE MOIS, COMPLIQUÉE DE CATAPLEPSIE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE ONZE ANS; par le docteur OELZE, de Neu-Ruppin.

Le sujet de cette observation est une jeune fille de onze ans et cinq mois, dont la santé avait été bonne jusque là. Elle appartenait à de

simples paysans, était d'un caractère vif, et s'était distinguée à l'école par son aptitude et son application.

Au commencement de 1826, elle fut prise de la rougeole, alors épidémique dans son village. La maladie étant bénigne, l'enfant ne garda le lit que cinq à six jours, mais ne sortit pas du stube (pièce chauffée par un poêle) avant la

sixième semaine. Peu de jours après avoir quitté le lit, elle se plaignit d'une douleur vive à l'oreille droite, qui, au bout de huit jours, se changea d'abord en une sensation de sifflement, puis de tintement métallique. A cela près, la malade se portait bien, buvait et mangeait comme en bonne santé. Mais dès que l'otalgie disparut, elle fut remplacée par une douleur de tête fort intense qui rendait, le sommeil impossible, et qui dura cinq semaines. Au bout de ce temps, l'appétit revint un peu; mais à la céphalalgie succédèrent des maux de ventre qui augmentaient par l'ingestion des alimens. Ces maux de ventre durèrent quatorze jours, et firent place à des douleurs très vives dans les membres, qui ne persistèrent pas au-delà d'une semaine. Le 3 avril, la petite malade tomba dans un sommeil profond, dont aucun moyen ne pouvait la tirer; une fois ou deux elle avait fait entendre un gémissement, elle avait même pleuré sans motif apparent; la mère avait cru pouvoir profiter de ces circonstances pour l'éveiller tout-à-fait, en lui faisant avaler quelques cuillerées de lait sucré ou de café. L'enfant avalait, toussait, se retournait même dans son lit, mais ne s'éveillait pas. L'évacuation de l'urine était suspendue, et l'on trouva dans le lit, une fois seulement, une petite quantité de matières fécales très dures; la peau était sèche.

M. Oelze ne dit pas depuis combien de temps cet état durait lorsqu'il fut appelé. Il trouva la petite malade pâle, plutôt maigre que grasse; la poitrine était fort voûtée, les fausses côtes extrêmement saillantes, ainsi que leurs cartilages; le ventre était rétracté, la peau sèche, la respiration courte, précipitée, faible au point qu'on pouvait à peine l'entendre; les mouvemens de la poitrine étaient inégaux, et parfois elle s'élevait considérablement, sans que pour cela il y eût une inspiration plus forte. Les battemens du cœur étaient très irréguliers; un battement assez fort était suivi de plusieurs autres plus faibles qui se succédaient rapidement; quelquefois le cœur semblait parfaitement immobile, d'autres fois il était agité d'une espèce de tremblement. Le pouls était petit, faible, tranquille, variable entre 84 et 94 pulsations par minute. Les mains étaient fermées convulsivement.

On plaça sous le nez de l'enfant un flacon d'ammoniaque, et on lui frotta légèrement les lèvres avec ce liquide, elle éternua et se frotta le nez avec la main; la même expérience, répétée, ne produisit aucun résultat.

On eut recours au galvanisme; la pile employée se composait de soixante paires de disques de huit pouces carrés. Son action était assez énergique. Pendant que l'un des conducteurs était mis en rapport avec le creux de l'estomac, l'on dirigeait l'autre successivement sur le front, sur les paupières, sur l'une des oreilles et sur la poitrine; on appliqua ensuite l'un des conducteurs sur la plante des pieds, et l'autre sur le front, en prolongeant plus ou moins le contact. Dans cette première expérience, la malade parut agitée d'une vive frayeur. Elle cherchait à se dérober au contact, surtout quand le conducteur était appliqué aux oreilles; alors elle le repoussait avec la main; elle se mit enfin à parler, et se plaignit des picotemens douloureux qu'on lui faisait éprouver.

Interrogée si elle souffrait quelque part, elle indiqua le col; elle ouvrit la bouche au premier ordre qu'on lui en donna; mais on n'observa rien, si ce n'est un peu de rougeur au voile du palais. On lui présenta quelques cuillerées de café, la déglutition était difficile, lente et convulsive. Le galvanisme, appliqué au col, sur les côtés du pharynx, la rendit un peu plus aisée; mais ce moyen resta sans effet sur les mains fermées convulsivement; on ne remarqua du reste aucun mouvement particulier dans les muscles soumis à l'excitation galvanique. Quoique la malade jouit alors de toute sa connaissance, ses yeux restaient fermés; on lui ordonna de les ouvrir, elle obéit avec effort; les pupilles étaient dilatées, le regard fixe; l'œil se mouvait lentement; les paupières, en se refermant, parurent éprouver un peu de résistance.

Tant que dura l'expérience galvanique, les mouvemens et les cris furent très multipliés; la pâleur de la peau avait fait place à une coloration plus vive; la face était rouge; le pouls variait de 84 à 94 pulsations; mais aussitôt qu'on interrompait le courant, le sommeil s'emparait de nouveau de la malade, et la pâleur de la peau et tous les autres symptômes indiqués ci-dessus reparaissaient presque instantanément. Au bout d'une heure, M. Oelze renonça, pour le moment du moins, à l'emploi du galvanisme. Il eut recours, pour essayer de rétablir les fonctions de la peau, à l'infusion de valériane, avec addition de camphre et de liqueur anodine d'Hoffmann; la mère de l'enfant ajouta à ces moyens l'infusion de sureau et de bonnes couvertures.

Du 16 au 30 mai, l'enfant s'éveille par momens, et échange quelques paroles avec sa mère. On apprend que l'excitation galvanique était pénible pour elle, surtout à l'épigastre, au bas-ventre, et plus encore aux oreilles. Quelques tasses de lait sont administrées, elles provoquent des envies de vomir et même des vomissemens. On remarque parfois un peu d'humidité à la peau.

Le 27 mai, la malade urine pour la première fois depuis le 3 avril; excrétion peu abondante, et non perçue, de matières fécales très dures. A cela près, tout était encore dans le même état que lors de la première visite de M. Oelze. Le galvanisme fut employé une seconde fois avec les mêmes résultats qu'auparavant; cinq minutes après la fin de l'expérience, la malade dormait aussi profondément que jamais. On prescrivit un bain tiède à 27 degrés Réaumur, avec addition de deux livres de sel commun. L'enfant parut faire une courte résistance, et se laissa bientôt tomber dans l'eau comme un cadavre. La flexion convulsive des mains augmenta au lieu de diminuer; mais une sueur abondante eut lieu. Jusqu'au 9 juin, il y eut chaque jour une transpiration légère; mais la mère put à peine obtenir quelques paroles, et il lui fut impossible de donner la moindre nourriture. Deux lavemens de tabac furent administrés, et ne furent pas rendus. On fit prendre un peu d'oxide de zinc dans du lait, mais sans aucun avantage. Presque tous les jours il y eut contracture passagère des membres et du tronc.

Le 9 juin, troisième visite de M. Oelze: coloration marquée de la peau et de la face, trans-

piration assez forte ; mouvemens très prononcés des ailes du nez dans la respiration ; tremblement convulsif des paupières. L'ammoniaque produit deux étternuemens, et la sortie d'un peu de mucus nasal.

On a recours une troisième fois au galvanisme ; mais, au bout d'une demi-heure, l'enfant jette un cri aigu, et le tronc est fortement renversé en arrière par un opisthotonos, qui se dissipe de lui-même au bout de quelques minutes, et reparait huit à dix minutes plus tard. L'expérience a, du reste, aussi peu de succès que les précédentes.

Plus tard, on a recours simultanément ou successivement au sulfure d'antimoine, au calomel, aux lavemens de valériane, de camomille et de tabac ; on administre la teinture d'opium à la dose de 45 gouttes en trois heures, et l'on n'obtient aucun résultat. Un second bain nuit plus encore que le premier ; la raideur des doigts s'étend aux poignets et aux coudes. Au bout d'un quart-d'heure, on est obligé de retirer du bain la malade, dont la face est pâle, couverte d'une sueur froide et visqueuse. Les accès de catalepsie sont au nombre de trois ou quatre par jour, et durent cinq à six minutes. On observe encore une évacuation d'urine et de matières fécales. La contracture s'étend aux mâchoires ; la respiration et la circulation sont plus irrégulières que jamais.

Le 4 juillet, les accès de catalepsie sont devenus plus fréquens ; il est rare que la malade en soit exempte une heure de suite ; souvent ils lui arrachent des larmes. On fait prendre 75 gouttes de teinture d'opium en trois doses, dans l'espace d'une heure et demie, sans autre effet qu'un peu de plénitude et d'accélération dans le pouls. On prescrit des frictions le long de la colonne vertébrale avec l'onguent napolitain, le camphre et l'onguent d'Althœa.

Malgré un ou deux refroidissemens, il semble, le 14 juillet, que la léthargie est moins profonde (lavemens quotidiens avec le bouillon de veau, l'infusion de camomille et l'orge mondée). Du 14 au 25 juillet, on observe encore quelques accès de contracture, qui de jour en jour deviennent plus faibles et plus rares. La malade a souvent la conscience de ce qui se passe autour d'elle ; elle ne parle pas, mais elle répond par signes ; la déglutition est plus facile, le vomissement beaucoup moins fréquent. Trois évacuations d'urine, et deux de matières fécales. Le 2 août, l'amélioration est plus sensible encore : le plus léger bruit suffit pour éveiller l'enfant ; elle prend également bien toute espèce d'alimens ; la catalepsie est remplacée par des crampes fugaces, mais la parole n'est pas revenue.

Le 11 août : depuis trois jours la malade ne

dort plus que la nuit ; elle s'éveille le matin, non d'elle-même, mais au moindre bruit ; la démarche est chancelante, les muscles du dos affaiblis, la respiration encore un peu gênée, les battemens du cœur aussi irréguliers qu'auparavant. On a recours à la digitale, à l'arnica, à la valériane, au camphre, à l'opium, à l'ipécacuanha ; à la pommade stibiée, etc.

Le 19 août, la parole revient, la respiration et la circulation se régularisent, les forces renaissent, la pâleur disparaît, et la malade entre en convalescence. Elle a maintenant dix-sept ans, et jouit de la santé la plus florissante.

Suivant M. Oelze, le caractère erratique de la maladie, dans le début, prouve qu'elle dépendait d'une cause rhumatique arthritique. Il pense que, de tous les moyens curatifs qu'il a employés, le calomel et les onctions mercurielles ont été les plus efficaces. (*Journ. de Hufeland.*)

TRAITEMENT DES SCROPHULES.

Le docteur Pitschaff, à Bade, regarde le cinabre, la ciguë, le quinquina, le café, et, dans les cas les plus difficiles, le précipité rouge de mercure, comme de véritables spécifiques contre la maladie scrophuleuse et ses diverses formes, le spina ventosa, le pœdarthrocace, la coxalgie, etc.

« Je fais prendre, dit-il, à un enfant d'un à deux ans, le matin, une heure après déjeuner, et le soir, la poudre ci-après : cinabre, un scrupule ; ciguë, deux grains ; précipité rouge, un grain ; sucre blanc, une demi-once. Pulvériser, faites vingt doses pour dix jours. Pour un enfant plus âgé, je porte la dose de ciguë à dix grains, et celle de cinabre à quarante. Les oxides de mercure, à petite dose, sont très bien supportés par les enfans en bas âge. J'emploie rarement le borax, plus rarement encore l'iode, sous forme d'onguent, et seulement dans les cas les plus rebelles. J'ai recours au premier surtout dans les ophthalmies scrophuleuses. Le café et les bains salins complètent le traitement. Si la cachexie est marquée, je prescris le quinquina. Ces divers moyens réussissent toujours quand la maladie scrophuleuse est prise à l'apparition du premier symptôme. L'usage de la poudre indiquée ci-dessus peut être continué, suivant les circonstances, deux, trois et même quatre mois. Pour les estomacs débiles ou susceptibles, j'y ajoute, suivant l'âge, jusqu'à deux grains d'extrait aqueux d'aloès. Je regarde comme dangereuse et contraire aux préceptes de l'art l'application des sangsues sur les glandes scrophuleuses, et comme plus dangereuse encore l'incision de ces glandes par l'instrument chant. (*Journ. de Hufeland.*)

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

La distribution des prix des hôpitaux a eu lieu le 3 janvier 1834 de la manière suivante :

Elèves internes de 3^e et 4^e années.—M. Rufz, de l'hôpital des Enfans, la médaille d'or.

M. Desnovilliers, de la Charité, médaille d'argent.

M. Cazalis, de la Charité, des livres.

M. Amstein, de l'Hôtel-Dieu, une mention honorable.

Elèves internes de 1^{re} et 2^e années.—M. Choisy, médaille d'argent.

M. Maisonneuve, des livres.

Elèves externes.—M. Prestat, de la Charité, le prix.

M. Pidibidon, un accessit.

La séance publique de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu le 13 janvier 1834. Après le discours de M. le professeur Pelletan, les prix de l'école pratique pour 1833 ont été proclamés comme il suit :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Premier prix. — M. MARTINS (Charles-Frédéric, né le 6 février 1806, à Paris (Seine).

2^e premier prix. — M. MAISONNEUVE (Jacques), né le 10 novembre 1809, à Nantes (Loire-Inférieure).

3^e premier prix. — M. GRISOLLE (Augustin), né le 10 février 1811, à Fréjus (Var).

2^e prix. Partagé entre M. BRUN (Louis-Auguste), né le 30 octobre 1807, à Versoix (canton de Genève);

Et M. SONNÉ-MORET (Michel-Louis-Hippolyte), né le 7 mars 1809, à Jurancy (Yonne).

Mention honorable. — M. HARDY (Louis-Philippe-Alfred), né le 30 novembre 1811, à Paris (Seine).

Élèves sages-femmes.

Prix. Partagé entre Mesdames BILLOTTE (Louise-Charlotte-Athénaïse-Auguste), née le 2 août 1810, à Fontaine-Française (Côte-d'Or).

Et WUSTINGER (Adèle-Angélique-Charlotte), née le 28 septembre 1814, à Paris (Seine).

Deuxième prix. — Madame MAKE-YONNE (Marie-Thérèse), née le 17 mars 1807, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).

Mentions honorables. — Mesdames GACHELEN, LEBLOND et BARIZET.

Prix Corvisart.

Premier prix. — M. TRÈVES (Samuel), né le 1^{er} janvier 1811, à Bar-le-Duc (Meuse).

Prix Montyon.

La Faculté a décidé, dans sa séance du 10 janvier, qu'il n'y avait pas lieu à décerner ce prix pour 1833.

— M. Guerbois a été nommé chirurgien de la Charité, en remplacement de M. Boyer.

— M. Roux a été élu membre de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Boyer. Le nombre des votans était de 55. Au premier tour de scrutin, les voix ont été partagées comme il suit : M. Roux, 28; M. Breschet, 26; M. Lisfranc; 1.

— D'après le projet de loi sur les patentes, présenté par le gouvernement à la Chambre des députés, voici le tarif de la partie fixe de l'impôt des patentes pour les médecins :

Dans les villes de 100,000 âmes et au-des-	75 f.
50,000 âmes à 100,000	60
30,000	50,000 45
20,000	30,000 30
10,000	20,000 25
5,000	10,000 20
2,000	0,000 18
2,000 âmes et au-dess.	15

A ce droit fixe, il faut ajouter le dixième de la valeur locative de l'habitation du patenté, plus 13 centimes par franc prélevées sur le principal!

— M. Gueneau de Mussy, conseiller de l'U-

niversité, vient de mourir. M. le professeur Orfila a été nommé pour le remplacer.

— Un concours est ouvert à la Faculté de Paris pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par la mort de M. Boyer, l'époque en est fixée au mois de juin prochain.

— L'Académie de médecine s'est prononcée, à l'unanimité, moins une voix, contre la patente imposée aux médecins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Voici les principales modifications que l'Académie, dans la discussion du rapport qui lui avait été présenté, a fait subir à différents articles du plan de réorganisation médicale.

Au § II de l'art. V, la commission a ajouté :

« On multipliera les écoles secondaires autant qu'il sera nécessaire, et les élèves de ces écoles pourront échanger leur temps d'étude contre un nombre d'inscriptions dans une faculté qui variera suivant les résultats d'un examen ou d'un concours subi par eux devant cette faculté. »

Sur la proposition de M. Lodibert, l'amendement suivant à l'art. V a été renvoyé à l'examen de la commission.

« Il y aura dans la circonscription de chaque faculté une école secondaire au moins, et trois au plus. De pareilles écoles seront établies pour la pharmacie. Elles ne conféreront aucun grade. »

Art. VI. — Sur la proposition de M. Villeneuve, les médecins étrangers à la faculté formeront la moitié du jury d'examen.

Art. VII. — Au lieu de : *Une commune qui sera désignée d'avance*, on met : Qui leur sera désignée après leur réception.

Art. IX. — M. Double fait supprimer les mots : *jamais, toujours*.

Dans l'art. VIII du titre II de l'*Organisation des conseils médicaux*, on supprime ces mots : *et les herboristes*; ce qui entraîne la suppression des herboristes.

Dans l'art. XIV du même titre II, on ajoute *la vaccine*.

Dans l'art. XV, on ajoute aux épidémies *les epizooties*.

L'art. XIX, relatif à la surveillance de la conduite morale des personnes de l'art est REJETÉ à la majorité d'une voix.

L'art. XXII est ainsi amendé : Les membres des conseils médicaux n'auront pas de rétribution fixe.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 janvier 1834. — M. BRESCHET lit un MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER ET DE GUÉRIR LE CIRSOCÈLE ET LE VARICOCÈLE. — M. Breschet a vu la dilatation variqueuse des veines du scrotum (*varicocèle*), ou du cordon testiculaire (*circocèle*), plus souvent chez les jeunes gens que chez les adultes et les vieillards. Elle lui a paru fréquemment produite par des excès vénériens; et il regarde cette dernière cause comme plus influente que celles qui ont été généralement indiquées, telles que la perte de tonicité des tissus, l'équitation, la compression exercée vers l'anneau inguinal par une tumeur herniaire irréductible, par un engorgement glanduleux, ou par la pelote d'un brayer mal appliqué ou mal confectionné.

L'auteur rappelle, sans discuter, l'opinion de quelques écrivains sur la prédilection de cette maladie, pour le côté gauche : celle de Morgagni, qui l'attribuait à ce que les veines testiculaires de ce côté du corps s'ouvrent dans les veines rénales sous un angle droit; celle de quelques autres, qui ont cru trouver la raison de cette différence dans la compression des veines du côté gauche par les matières fécales du colon gauche. Le varicocèle et le circocele n'ont pas seulement l'inconvénient de former une tumeur très incommode : ils tiraillent d'une façon fort douloureuse le testicule, et quelques malades sont plongés, par cette douleur profonde et continuelle, dans le spleen le plus désespéré. M. Breschet a cru pouvoir remédier à cette triste maladie, regardée par un si grand nombre de praticiens comme incurable, au moyen de la compression exercée sur les vaisseaux variqueux : Il a saisi, à travers la peau, ces vaisseaux avec des pinces capables d'exercer une compression continue; il a ainsi déterminé dans les veines une inflammation adhésive, puis un travail de désorganisation et d'absorption qui s'oppose à toute stase ultérieure du sang. La peau, soumise à une pression d'une certaine force et continue, s'est sphacélée, l'escarre s'est étendue sur le trajet de la veine variqueuse, et a formé un ulcère qui a été traité par les moyens convenables. M. Breschet regarde la formation de cette escarre comme une condition de la guérison. — L'opération a été plus simple pour le scrotum que pour le cordon; car ici il y a à ne pas saisir entre les pinces le canal déférent dont la sensibilité est si vive, et l'artère spermatique dont la compression pourrait atrophier ou sphaceler le testicule. M. Breschet dit que l'on peut reconnaître le canal déférent à son volume, à sa résistance, surtout à sa sensibilité, et le refouler en arrière. Nous ne savons pas s'il serait aussi facile de repousser l'artère spermatique.

M. Breschet rapporte l'histoire de deux malades qu'il a guéris par cette méthode, et espère pouvoir présenter bientôt à l'Académie plusieurs autres cas de guérison.

Séance du 6 janvier 1834. — M. ROUX lit un MÉMOIRE SUR LA RESTAURATION DU PÉRINÉE CHEZ LA FEMME DANS LES CAS DE DIVISION OU DE RUPTURE COMPLÈTE DE CETTE PARTIE. — C'est presque toujours à la suite d'accouchemens fort laborieux ou mal dirigés, ou d'inflammations et d'ulcérations gangréneuses du vagin, que s'observe la destruction complète ou incomplète du périnée chez la femme. Il n'est pas question de la division congéniale du périnée; M. Roux ne connaît pas d'exemple authentique d'un pareil vice de conformation.

C'est particulièrement de la destruction complète du périnée, du cas dans lequel le vagin et le rectum communiquent largement, que M. Roux traite dans son Mémoire.

La restauration du périnée avait déjà été tentée. Guillemeau, le disciple de A. Paré, avait appliqué avec succès à cette opération, la suture à points entrecoupés. Mauriceau, Lamotte, Smellie, ont conseillé la suture à points passés, mais sans dire s'ils l'ont pratiquée eux-mêmes. Dans le siècle dernier, deux chirur-

giens français, Noël de Reims, et Saucerotte de Lunéville, entreprirent une fois, chacun séparément, la réunion du périnée, et l'obtinent par l'emploi de la suture entortillée. M. Montain fils, de Lyon, jeune et habile chirurgien, a fait, pour une partie de son opération quelque chose qui se rapproche du procédé de M. Roux.

Plusieurs chirurgiens allemands ont essayé de faire revivre la suture du périnée : Ce sont Marsinna, Mentzel, Osiander, et surtout M. Dieffenbach de Berlin. Selon M. Dieffenbach, on ne peut guère espérer de succès qu'en pratiquant de chaque côté de la rupture du périnée une incision longitudinale qui permette aux bords de la plaie recto-vaginale de se rapprocher et de rester rapprochés.

M. Roux regarde comme inutiles, ou du moins comme pouvant être évitées, les deux incisions latérales de M. Dieffenbach. Il pense que la grande difficulté de la réunion solide du périnée tient surtout à ce que personne n'a pensé à faire usage de la suture enchevillée. La suture entortillée a ce grand inconvénient que, réunissant très bien la peau et les parties extérieures, elle n'agit point, ou presque point sur les parties profondes, et même affronte et réunit d'autant moins celles-ci, qu'elle affronte et réunit mieux celles-là. La suture enchevillée, au contraire, pressant, au moyen de ses deux cylindres latéraux, sur la totalité des bords de la plaie rafraîchie par le bistouri, autant sur les parties profondes que sur les parties superficielles, opère une réunion totale, et conséquemment décisive. Un autre avantage de la suture enchevillée, selon M. Roux, c'est que les fils sont passés à travers la peau au moyen d'aiguilles courbes qui peuvent embrasser une plus grande épaisseur de tissus. Dans la première opération qu'il tenta, M. Roux échoua d'abord, parce qu'il s'était servi de la suture entortillée; ayant appliqué avec un grand soin la suture enchevillée sur cette même malade, il réussit complètement. La plaie une fois réunie, la communication entre le rectum et le vagin, au-dessous de la réunion, persista quelque temps, mais alla toujours se rétrécissant, et finit par complètement disparaître.

Sur quatre malades qui se sont présentés à lui avec des ruptures du périnée durant plusieurs années, M. Roux en a complètement guéri trois : la quatrième avait une diarrhée chronique et une fièvre hectique, et probablement n'aurait pas dû être opérée.

Les cylindres et les fils ont pu être enlevés le septième ou le huitième jour.

L'inflammation s'est développée dans les limites les plus convenables pour le succès de l'opération.

Il y a eu généralement assez de difficulté d'uriner pour qu'on fût obligé d'avoir recours au cathétérisme. M. Roux pense qu'il serait bien de placer préliminairement une sonde dans la vessie. * G.

DE LA RÉFORME MÉDICALE.

Avant de parler de la grande question de réorganisation médicale qui s'agite devant nous,

nous avons voulu assister à la discussion de l'Académie, et prendre le temps de recevoir de nos correspondans toutes les observations que la lecture du rapport et leur expérience pouvaient leur suggérer.

Nous nous félicitons d'avoir pris ce parti : au moins, n'ayant pas improvisé notre opinion, nous n'en aurons pas une de parti pris, et nous sommes sûrs que ce que nous dirons sera moins jeté étourdiment au public que tout ce qui s'est débité dans les séances académiques et dans les gazettes.

Il nous semble qu'il y a eu grande confusion, à l'Académie et ailleurs, au sujet des officiers de santé, ou de la division des médecins en deux ordres. — Qu'on puisse être officier de santé et excellent médecin, ce n'est pas même une question. La meilleure production de philosophie médicale de ce siècle que nous connaissions, pour notre compte, est d'un officier de santé, M. Thomas Dagoumer. Qu'on puisse être médecin titulaire et mauvais médocastre, cela ne fait pas doute. Qu'il soit avantageux de n'avoir en France qu'un ordre de médecins, c'est-à-dire, que des médecins de premier ordre, tout le monde en convient. Il fallait examiner pourquoi il y avait deux ordres de médecins, tout comme pourquoi il y avait eu autrefois des docteurs en médecine, des chirurgiens, des maîtres en chirurgie, des barbiers; voir s'il était possible de ne faire qu'un seul ordre de tous les membres de la profession médicale; enfin, par quels moyens on pouvait y arriver.

Si nous remontons aux vieilles institutions médicales de la France et de l'Europe, l'origine de la fameuse hiérarchie médico-chirurgicale est évidente. La grande différence d'éducation dans les diverses classes de la société, la séparation absolue de la médecine et de la chirurgie, l'influence du reste de la hiérarchie sociale, toute en corporations et en privilèges, nous en sont une explication suffisante. En ventôse de l'an IX, quelle fut l'intention de la loi nouvelle? de donner à la société le grand nombre de médecins dont elle a besoin, et qui lui manquait depuis la destruction des universités, des facultés et des collèges de médecine et de chirurgie; et, pour cela, de donner libre accès à quiconque se sentirait capable, en diminuant le temps, et surtout les frais des études médicales. Cette loi, en elle-même, n'était pas mauvaise; elle était de nécessité. C'était un pas fait en avant de l'ancienne organisation; malheureusement, un article de la loi admettait comme officier de santé quiconque, depuis trois ans, exerçait d'une manière quelconque la médecine ou la chirurgie, et beaucoup d'hommes peu dignes du nom de médecin et de chirurgien profitèrent de cet article.

Aujourd'hui on ne veut que des médecins de premier ordre. On a incontestablement raison de le vouloir. Les progrès de l'éducation publique, l'indissolubilité actuellement reconnue par tous les bons esprits, de la médecine et de la chirurgie, permettent d'espérer la réalisation d'un vœu formé depuis long-temps par les amis de l'art et de l'humanité.

En l'an IX, on avait déjà opéré une réforme,

avantageuse : aujourd'hui, le temps doit être venu d'une réforme plus avantageuse encore.

Les principaux moyens de cette réorganisation nous paraissent être le bon marché des études médicales, la multiplicité des foyers d'instructions, la facilité offerte aux anciens officiers de santé de s'élever au premier grade de la profession.

Voyons comment l'Académie a conçu ces différentes parties de la question.

Des officiers de santé.

Et d'abord, on permet aux anciens officiers de santé de devenir docteurs, et on met devant eux des obstacles à peu près invincibles. Car, quels étaient les obstacles principaux à leur admission au doctorat? Nous venons de le voir, les frais d'étude et de réception. M. Cuvier, dans un discours prononcé à la Chambre des pairs de 1826, montrait clairement la disproportion qu'il y avait entre ces frais d'étude et de réception, et les avantages pécuniaires de la position d'officier de santé dans une petite localité. Écoutons-le : « Mais encore, Messieurs, ces avantages quels seraient-ils? Et ici je dois entrer dans des considérations qui, pour être moins nobles, n'en sont pas moins légitimes. Les avances considérables qu'un docteur est obligé de faire pendant douze ou quinze ans, au moins, que doivent durer ses études littéraires et scientifiques, son séjour dans une grande ville, les frais de ses inscriptions, de ses examens, des cours particuliers qu'il est toujours obligé de suivre pour suppléer à des improvisations éloquents tant vantées, mais si peu utiles pour une instruction solide; ces avances, disons-nous, trouveront-elles la juste compensation qui leur est due dans les misérables rétributions que peuvent lui offrir les ouvriers des campagnes? »

M. Cuvier concluait que l'institution des officiers de santé était nécessaire. Nous aimons mieux conclure, nous, que l'abolition des droits énormes du fisc sur l'instruction médicale est nécessaire. Nous ne voyons pas quelle autre conclusion que l'une de ces deux-ci pourrait se tirer.

Il est dit que les officiers de santé actuels continueront à jouir de leurs droits, et qu'ils pourront être reçus docteurs moyennant un examen, une consultation écrite et une thèse soutenue devant une faculté. Mais comme on ne pourra à l'avenir être docteur, d'après l'art. 13, qu'en payant, au moment de son établissement, un droit d'exercice qui variera selon le département et la population de la commune dans lesquels on établira sa résidence, et qui, en tout cas, devra équivaloir avec les frais d'inscription à la somme totale que coûtent les réceptions actuelles, il suit de là que l'avantage offert aux officiers de santé de se faire recevoir docteurs est illusoire. On exige d'eux trois épreuves publiques, un voyage à une ville de faculté, un séjour dans cette ville qui leur permettra de passer l'examen et de subir la thèse; plus une somme d'environ 1,200 fr. On perd de vue qu'un grand nombre de jeunes gens n'ont évité les examens du doctorat que par défaut de fortune. Plusieurs de nos correspondans officiers de santé déclarent se soumettre aux épreuves publiques

que l'on voudra leur imposer, et disent en même temps qu'ils sont dans l'impossibilité de devenir docteurs si on ne diminue les dépenses, énormes pour eux, de cette nomination. On doit considérer que beaucoup de jeunes gens, usant du bénéfice de la loi, qui leur permettait des études moins dispendieuses, ont éludé le doctorat par un *pur et simple motif d'économie*. Était-ce leur faute si cette loi existait? Puisque vous ne voulez qu'un ordre de médecins, exigez des anciens officiers de santé des examens plus étendus que ceux auxquels ils ont pu être soumis, et encore que ces examens soient fondés sur un principe de justice, c'est-à-dire essentiellement pratiques, mais avant tout que les conditions pécuniaires ne soient pas un obstacle à l'élévation de ces jeunes médecins, surtout qu'elles ne soient qu'un obstacle invincible. L'Académie avait décidé que le médecin ne serait plus soumis à la patente, et voilà que son art. 13 contredit et détruit presque cette disposition. Elle accorde aux officiers de santé le droit de devenir docteur, mais elle rend ce droit à peu près impossible. Est-ce justice? est-ce bon sens?

Du nombre des Facultés. — Après de grands débats, le paragraphe 1^{er} de l'art. V a été adopté tel que la Commission l'avait présenté, c'est-à-dire qu'il y aura en France six facultés, une à Paris, une à Strasbourg, une à Montpellier, une à Lyon, une à Rennes ou à Nantes, une à Bordeaux ou à Toulouse. C'est à un vœu généralement exprimé que satisfait ici la Commission, et pour notre part, nous remercions M. Double de la manière nette et intelligente dont il a défendu le principe du grand nombre des facultés. Il est vrai que, dans un état comme la France, une certaine centralisation des lumières est chose utile et glorieuse pour le pays : il faut qu'on soit fier de sa capitale devant les étrangers, et qu'au moins une fois dans la vie on ait vu sa capitale. Mais il n'est pas moins vrai qu'une certaine diffusion des lumières comme du pouvoir est chose nécessaire, car il faut que la vie et l'intelligence circulent partout. Y a-t-il une science pour laquelle cette vérité soit plus évidente que la médecine? Y a-t-il un art duquel il soit plus vrai de dire que partout il doit avoir ses représentans? Aussi n'est-ce point cette utilité, cette nécessité, qui ont été contestés. On s'est rejeté sur l'impossibilité d'avoir en province des foyers de lumière assez puissans. Où trouver, a-t-on dit, comme à Paris, des bibliothèques, des musées, des jardins, des collections de toute sorte, des professeurs distingués? Où trouver des hôpitaux assez vastes pour l'observation clinique, des cadavres aussi nombreux pour l'étude de l'anatomie? — La réponse est simple : les bibliothèques, les musées, les jardins, les collections, sont chose à peu près inutile pour les études médicales. Les étudiants n'y vont guère que par curiosité, comme les étrangers. C'est peut-être un relief d'éducation agréable que de bien connaître son musée, son jardin des plantes : ce n'est certes d'aucun avantage, d'aucune utilité pratique. D'ailleurs, dans ce qu'ils ont d'utile, ces établissemens ne pourraient-ils pas exister dans vingt villes de France? — Les hôpitaux et les sujets d'anatomie? à quel homme de bon sens fera-t-on croire que des hôpitaux de 1,200 malades sont nécessaires pour

qu'un jeune homme puisse visiter à son aise dix malades par jour, et que ce jeune homme ait besoin, pour étudier l'anatomie, que mille sujets meurent autour de lui qu'il ne verra jamais? N'est-il pas reconnu, au contraire, que c'est en province que l'anatomie se fait le plus à l'aise et le mieux, pour peu qu'on le veuille? Que ceux qui ont été à Paris et en province prononcent. Qu'est-ce donc que Halle, où Meckel faisait son anatomie? que Heidelberg, où M. Tiedmann élève à la physiologie comparée un si admirable monument? que Pavie, où Scarpa s'est fait le premier chirurgien de son siècle? Jusqu'à quand faudra-t-il répéter qu'Hippocrate était de Cos, ville de deux mille âmes? et que Boerhaave pratiquait et professait à Leyde? Il est vrai que Cos est devenu immortel, et que Leyde augmenta d'un tiers, du vivant de Boerhaave, à cause de la grande affluence d'étrangers qui venaient le consulter et visiter le cabinet de ce même Boerhaave à qui l'on écrivait d'Amérique non pas à Leyde, mais en Europe? — C'est peut-être assez d'exemples. On dit que dans une capitale de nombreux jeunes gens se piquent d'une noble émulation, s'entretiennent continuellement de l'objet de leurs études, et respirent à chaque instant la belle et pure atmosphère de science qui les enveloppe. En vérité, n'y aurait-il pas autant de raison de dire que dans les grandes villes ces nombreux jeunes gens se piquent fort souvent d'une mauvaise émulation, qu'ils s'entretiennent souvent de toute autre chose que de l'objet de leurs études, et qu'ils respirent à chaque instant une atmosphère qui n'est pas celle de la science? Je ne dis pas que cela soit, je dis que cela se pourrait dire, et qu'il n'y a point sous ce rapport d'avantages à donner aux capitales. Enfin, on ne croit pas qu'il fut possible de trouver en province des hommes capables de professer convenablement les différentes branches des connaissances médicales, ou que les talens de Paris renoncassent à leur belle considération et à leur productive clientèle parisiennes pour aller végéter en province. Soyons francs : ne se fait-on point illusion sur l'importance de l'enseignement de Paris? Et, sans cette illusion, ne serait-on pas forcé de convenir qu'à un petit nombre d'exceptions près, ce superbe enseignement, ou n'est pas compris, ou n'est pas suivi; qu'à un petit nombre d'exceptions près les candidats au doctorat sont mal examinés, mal jugés, ne sont soumis à aucune épreuve qui suppose un peu d'intelligence pratique, et généralement sont peu en état d'exercer leur profession avec honneur. Il est bien loin d'être clair que les examens de province fussent, de toute nécessité, inférieurs à ceux de Paris, surtout sous le point de vue pratique. Et encore, remarquons une chose, c'est qu'on juge de l'état futur des facultés provinciales d'après l'état actuel des provinces; ce qu'on n'est pas en droit de faire. Pourquoi, à l'heure qu'il est, où l'enseignement médical est morcelé, sans force, sans stimulant par toute la France; pourquoi, à l'heure qu'il est, y aurait-il en province d'excellens professeurs d'anatomie, de physiologie, de pathologie, de thérapeutique? Ils y sont peut-être, mais le moyen de savoir qu'ils y sont avant d'avoir organisé un enseignement suivi, avec ses privilèges d'honneur, de

considération, d'argent? Oui, nous nous refusons à croire qu'il manque d'hommes en France auxquels une vocation spéciale et la perspective de la première position scientifique d'un pays, auxquels cet amour de la science et de l'humanité qui n'a pas besoin d'un grand théâtre et qui trouve en lui-même son encouragement et sa récompense, donneraient le talent et la volonté nécessaires pour se mettre à la tête de nos facultés de province. Si cela était, ce serait un malheur qui dépendrait d'une habitude prise, d'un préjugé du moment, qui ne pourrait durer, et que nous devrions nous attacher à vaincre. Mais cela n'est pas. Le bon sens et l'expérience abondent trop dans le sens contraire.

* G.

STATISTIQUE DOCTORALE DE FRANCE.

On nous communique un document dont nous croyons devoir présenter le résumé; c'est un état officiel des docteurs existans dans les divers départemens. Ce relevé a été fait par les ordres du ministre de l'intérieur, et date de sept à huit ans.

Le départ. de l'Ain comptait à cette époque	157 doct.
Aisne	254
Allier	136
Basses-Alpes	111
Ardennes	117
Ariège	145
Aube	144
Aveyron	218
Bouches-du-Rhône	250
Charente	212
Charente-Inférieure	234
Corrèze	199
Corse	198
Côte-d'Or	210
Dordogne	363
Doubs	156
Drôme	98
Eure	156
Eure-et-Loir	99
Gard	239
Haute-Garonne	460
Gironde	456

Hérault	397
Ile-et-Vilaine	281
Indre-et-Loire	150
Landes	204
Loir-et-Cher	95
Haute-Loire	75
Loire-Inférieure	213
Loiret	147
Lot-et-Garonne	277
Lozère	50
Maine-et-Loire	220
Haute-Marne	131
Mayenne	92
Meurthe	119
Meuse	166
Morbihan	93
Moselle	113
Nievre	108
Nord	453
Oise	189
Orne	155
Puy-de-Dôme	234
Hautes-Pyrénées	301
Pyrénées-Orient.	211
Bas-Rhin	268
Haute-Saône	127
Saône-et-Loire	179
Sarthe	121
Seine-Inférieure	284
Seine-et-Marne	173
Seine-et-Oise	223
Deux-Sèvres	131
Somme	308
Var	296
Vaucluse	202
Vendée	162
Vienne	162
Haute-Vienne	143
Vosges	109
Yonne	209

Total, 62 départemens, 12,155

Plusieurs départemens manquent dans ce relevé, ces départemens sont les suivans :

Hautes-Alpes, Ardèche, Aude, Calvados, Cantal, Cher, Côtes-du-Nord, Creuse, Finistère, Gers, Indre, Isère, Jura, Loire, Lot, Manche, Marne, Pas-de-Calais, Basses-Pyrénées, Haut-Rhin, Rhône, Seine, Tarn, Tarn-et-Garonne.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PL. VII. RÉGION BRACHIALE INTERNE.

Bras droit d'un homme, grandeur naturelle, stature ordinaire.

Le sujet est couché à plat sur le dos, le membre tout-à-fait écarté du tronc et fortement tendu, le bras tourné en supination. La vue est projetée horizontalement dans le creux de l'aisselle, de manière à apercevoir directement non la face antérieure A, mais le bord externe et inférieur B, du muscle grand pectoral.

Indication des parties. A, face antérieure du muscle grand pectoral; B, bord inférieur et externe du même muscle; C, le creux de l'aisselle; D, face antérieure et interne de l'omoplate formant la paroi postérieure de l'aisselle; E, angle inférieur de l'omoplate; F, côte ou bord externe du même os; G, G, G, région postérieure et interne du bras; H, saillie de l'olécrâne; I, épitrochlée ou tubérosité interne de l'humérus; K, L, saillie des muscles de la région anti-brachiale interne, principalement formée par le rond pronateur et les palmaires; M, M, coupe de la peau et de la couche graisseuse sous-cutanée au niveau du pli du bras, au-devant du biceps, de la dépression pectoro-deltaïdienne et du muscle grand pectoral lui-

même. — a, a, tissu cellulo-graisseuse qui remplit l'aisselle; a', glande ou ganglion lymphatique de cette cavité; b, c, aponévrose de terminaison des muscles grand dorsal et grand rond; d, d, aponévrose de la longue portion du triceps; e, e, entrée de la gouttière aponévrotique du nerf cubital, pratiquée dans l'aponévrose inter-musculaire interne; f, f, g, g, g, portion de l'aponévrose brachiale et anti-brachiale que l'on a laissée à dessein.

1, 1, 1, muscle grand pectoral; 2, 2, 2, muscle coraco-brachial ou perforé; 3, 3, 3, muscle biceps brachial; 4, 4, muscle brachial antérieur; 5, muscle grand dorsal; 6, muscle grand rond; 7, 7, 7, longue portion, ou portion postérieure du muscle triceps brachial; 8, 8, courte portion ou portion interne du même muscle;

9, 9, 9, 9, 9, artère brachiale ou humérale au sortir de l'aisselle et jusqu'au pli du bras; 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, rameaux de cette artère allant dans la graisse de l'aisselle, au biceps, à la longue portion du triceps, dans le brachial antérieur, et perçant l'aponévrose brachiale au-dessus de l'épitrochlée; — 11, 11, 11, veine basilique; 12, veine basilique médiane; 13, 13, veines cubitales antérieures ou basiliques de l'avant-bras; 14, veine cubitale postérieure; 15, veine du triceps allant joindre la ba-

silique ; 16, communication de la veine basilique avec l'une des veines humérales ; 17, 17, 17, l'une des veines humérales profondes.

18, nerf cutané externe ou musculo-cutané ; 19, 19, 19, 19, nerf médian ; 20, 20, 20, 20, nerf cutané interne ; 21, 21, 21, division supérieure de ce nerf ; 22, 22, autre division ; 23, 23, 23, autres divisions du cutané interne ; 24, 24, 24, nerf cubital ; 25, nerf radial.

REMARQUES.

Si l'on n'a pas oublié la disposition de l'aponévrose brachiale représentée en partie dans la planche VI, il sera facile de déterminer ici comment elle se comportait par rapport aux vaisseaux et nerfs du dedans du bras. La basilique et le nerf cutané interne sont au-dehors d'elles, retenus dans une gouttière propre dont nous avons déjà parlé, mais elle enferme et contient tous les autres organes brachiaux, les muscles antérieurs et postérieurs, le paquet interne des vaisseaux et des nerfs.

Les muscles de notre région sont munis de belles aponévroses, et rien n'est constant comme la forme, la situation et l'aspect de chacune d'elles. Ainsi le tendon de la longue portion du triceps descend et s'épanouit toujours à son côté interne ; ainsi les tendons de terminaison du grand dorsal et du grand rond, outre qu'ils conservent invariablement la même situation relative, auront dans tous les sujets quelque ressemblance avec ceux que nous représentons ; le grand pectoral offrira toujours à l'extrémité de son bord externe une aponévrose rayonnée. Ainsi l'aponévrose qui attache la courte portion du triceps au bord interne de l'humérus aura toujours cela de particulier qu'elle s'accommode en gouttière, en conduit, pour loger le nerf cubital.

— On voit ici quels sont les muscles qui, par tant de points assez éloignés, se réunissent pour contribuer à former l'aisselle ; ce sont le grand pectoral en avant, en arrière le grand dorsal et le grand rond. Ces muscles ne s'insèrent pas seulement aux deux lèvres de la gouttière bicipitale, ils communiquent à son fond et la tapissent de fibres transversales. Les choses qui se trouvent resserrées entre le grand pectoral d'une part, le grand dorsal et le grand rond de l'autre, sont : la courte portion du biceps et le coraco-brachial, les cinq nerfs du bras, l'artère humérale, les veines humérales et la basilique, déjà réunies en un seul tronc qui va s'appeler axillaire. La longue portion du biceps se trouve aussi comprise dans la réunion des muscles pectoral et grand rond, mais cachée dans la gouttière bicipitale et tout-à-fait au sommet du cône. Les muscles coraco-brachial, biceps et brachial antérieur sont dans l'extension, les trois portions du triceps sont relâchées ; cela résulte nécessairement de la position du membre.

Ce n'est pas par erreur que nous avons appelé grand dorsal le muscle marqué *b* 5. On doit se rappeler en effet que venant de la partie postérieure du tronc, non-seulement il contourne la côte de l'omoplate et le grand rond qui s'y insère, mais passe au devant de ce dernier et monte prendre pour lui la partie supérieure de la lèvre antérieure ou interne de la gouttière.

— Les vaisseaux du bras ont toujours la situation et la direction générales qu'on leur voit, ce qui n'exclut nullement les variétés indivi-

duelles ni les anomalies. Une anomalie fréquente et notable pour l'artère humérale, c'est de se diviser ou sortir de l'aisselle, ou à différentes hauteurs du bras, au lieu de le faire, comme à l'ordinaire, au-devant et au bas de l'articulation huméro-cubitale. Souvent la basilique, devenue axillaire, ne se tient pas au-dessous, mais en dedans de l'artère, de manière à la cacher au moins en partie. L'artère elle-même est communément accompagnée de deux veines humérales profondes, rarement de plus de deux, quelquefois d'une seulement.

— Au point de rencontre et d'attache du muscle coraco-brachial, de la courte portion du triceps et du brachial antérieur, à cette hauteur du membre, se voient passer les troncs nerveux qui animent le membre supérieur, savoir : le nerf *cutané externe* ou *perforant* ou *musculo-cutané*, le nerf *médian*, le nerf *cutané interne* le nerf *cubital*, et le nerf *radial*. Tous ces troncs, et d'autres qu'on ne peut apercevoir ici, émanent, comme chacun sait, du plexus brachial, sans qu'on puisse faire remonter distinctement aucun d'eux jusqu'à telle ou telle racine cervicale. Nous verrons dans les régions de l'aisselle comment tous ces nerfs, au sortir du plexus, environnent encore l'artère axillaire, qu'ils entourent et enfermaient dans leur entrelacement.

Le nerf *cutané externe* marche quelque peu sous le coraco-brachial, le traverse et paraît au bord interne du biceps ; de là il descend au-devant du brachial antérieur et sort enfin au-dehors du tendon bicipital (voy. pl. 6, lettre *r*). Il donne plusieurs rameaux aux muscles brachiaux antérieurs, et des vaisseaux considérables vont et viennent au-devant de lui, de ces mêmes muscles aux deux principaux vaisseaux. — Le nerf *médian*, qui vient aussi du plexus brachial, parcourt la longueur du bras sans donner de filets notables. Dans son trajet, on est sûr de le trouver au-dessus et un peu en dedans de l'artère. Arrivé au pli du bras, il passe en dehors d'elle, et se cache sous le bord interne du rond pronateur, derrière l'expansion aponévrotique du biceps. — Le *cutané interne* a une distribution simple et suffisamment indiquée par son nom. Il est remarquable, dans le cas présent, qu'un de ses rameaux passe derrière l'épithrochlée, dans la gouttière du nerf cubital. On doit du reste s'attendre à trouver son tronc en dedans des deux vaisseaux principaux du bras. Le nerf *cubital*, qui est de même origine que les autres, descend obliquement entre les tendons des muscles grand dorsal et grand rond et les vaisseaux du bras, se place en dedans de la courte portion du triceps et entre dans la gouttière aponévrotique dont nous avons déjà parlé. Les deux couches fibromembraneuses qui sont en dedans de lui n'empêchent pas de l'apercevoir dans cette gouttière et souvent derrière l'épithrochlée, un défaut aponévrotique le laisse voir à nu. Le nerf *radial* est avec le cutané externe celui qui se montre le moins dans notre région. Il descend aussi du plexus brachial le long du bord interne de l'humérus, passe entre la courte et la longue portion du triceps, derrière l'humérus, contourne cet os, se place profondément entre le brachial antérieur et le long supinateur, de-là descend à l'avant-bras.

Il n'est pas de notre dessein de dire ce que ces cinq troncs nerveux deviennent au-dessus du bras.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VIII, AVRIL. — 1854.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

RECHERCHES SUR LES ÉPIDÉMIES DES PETITES LOCALITÉS.

Thérapeutique.

(2^e Article.)

Le médecin qui pratique dans les campagnes n'est pas à même de noter jour par jour l'action de tel ou tel médicament. Ce n'est que dans les hôpitaux, après un grand nombre d'épreuves et une observation bien suivie, qu'on peut apprécier l'influence d'une médication.

Dans les épidémies que j'ai observées aux environs de Château-du-Loir, les malades étaient traités par différens médecins ou officiers de santé dont les opinions ne s'accordaient pas toujours sur la nature de la maladie et les moyens de la combattre.

Les variétés de traitement n'ont pas donné de différences sensibles dans les résultats, et chaque méthode présentait également des revers et des succès.

En 1825, deux familles du bourg de Chemillé, composées de onze individus, d'âge et de sexe différens, furent traitées de la dothinentérie par des vomitifs, des purgatifs et du vin d'absinthe.

Une jeune fille qui semblait en convalescence mourut promptement à la suite de symptômes d'indigestion. Les dix autres malades se sont rétablis. Plus tard six individus de la même commune succombèrent traités par cette méthode qu'avait adoptée le chirurgien de l'endroit.

En 1823, plus de cent individus de la commune de Marçon furent successivement pris de fièvre typhoïde. D'après le rapport des médecins et des habitans il me fut facile d'établir trois classes de malades :

- 1^o Ceux qui n'avaient pas appelé le médecin.
- 2^o Ceux qui avaient été traités par les toniques.
- 3^o Ceux qui avaient été soumis aux émissions sanguines.

Dans chaque classe, la proportion des morts fut un sur neuf.

En 1820, à Coëmont, il y eut dans le cours de l'épidémie trente-quatre malades; presque tous furent traités par des applications de sangsues et des tisanes mucilagineuses. Vingt-huit se rétablirent.

En 1828, il y eut dix-huit malades. Des six qui moururent, cinq avaient eu des sangsues à l'abdomen; des douze qui entrèrent en convalescence, un seul avait été saigné.

En 1826, au Petit-Gênes, le médecin de Saint-Christophe mit en usage le traitement dit

anti-phlogistique. L'on n'eut à regretter qu'un seul malade sur douze.

A Vaas, en 1832, la méthode expectante fut préférée par M. Lépingleux qui prescrivit des boissons mucilagineuses, des lavemens émolliens. Sur quarante malades, trente-quatre revinrent à la santé.

Les vésicatoires, les sinapismes ont été prodigués dans toutes les épidémies; je n'ai jamais pu leur reconnaître d'influence salutaire bien positive.

Trop souvent ils ont été l'occasion de plaies gangréneuses très graves et qui retardaient la guérison, surtout chez les gens de la campagne peu soigneux et peu prodigues de pansemens. J'ai renoncé à leur emploi pour combattre les symptômes cérébraux de la période d'empoisonnement. Toutefois ils m'ont paru utiles aux bras, lorsque la gêne de la respiration est accompagnée d'un léger râle muqueux.

Mais dans nos campagnes ils sont d'un usage trop banal, et le médecin serait exposé à de graves reproches, si un malade succombait sans avoir eu des emplâtres cantharides aux deux jambes.

Un grand nombre de malades que j'ai vus avaient été émétisés ou purgés au début de la dothinentérie; plusieurs dont les paroxysmes semblaient tierces ou double-tierces avaient pris quelques doses de sulfate de quinine.

Je crois le purgatif moins nuisible que le vomitif, celui-ci moins que le sulfate de quinine. Les premiers ont même été quelquefois suivis d'amélioration pendant un jour ou deux. Le sulfate de quinine au contraire aggraverait les paroxysmes.

Du reste la persistance de la maladie après ces premiers essais éclairait le diagnostic et décidait le médecin à s'abstenir de médications actives.

En résumant les faits que j'ai observés soit dans ma pratique particulière, soit dans les épidémies que j'ai étudiées avec mes différens confrères, il m'a semblé que la saignée de bras était utile dans le premier septenaire, lorsque des symptômes cérébraux se montraient graves chez un individu sanguin.

Une douleur insolite à l'épigastre ou à l'abdomen, accompagnée de vomissemens bilieux, indique l'emploi des sangsues, surtout si la douleur augmente à la pression.

Elles m'ont paru utiles dans une autre circonstance encore. C'est lorsque la dothinentérie s'annonce avec une grande sécheresse des muqueuses, que dès le début la soif est vive, les narines enflammées, le timbre de la voix résonnant, les paroxysmes accompagnés de suffo-

cat'ions et d'une très grande chaleur fébrile.

Alors deux ou trois applications de sangsues pendant les paroxysmes soulagent les malades, diminuent la céphalagie et produisent un sommeil tranquille. La maladie n'est pas arrêtée, mais on abrège en quelque sorte la période d'excitation.

J'ai dit qu'il fallait dans ces circonstances deux ou trois applications de sangsues, parce qu'il est remarquable que les paroxysmes qui suivent la première émission sanguine ont acquis une violence qui ne cède qu'à une nouvelle saignée locale. L'on est obligé de revenir à ce moyen, une fois qu'on a commencé à l'employer. Raison de plus pour s'en abstenir chez les sujets faibles ou lorsque le redoublement est tolérable.

Dans les deux et parfois les trois premiers septénaires, force est de s'en tenir aux mucilagineux, aux limonades, à l'eau panée, à l'eau pure ou sucrée.

Des applications émollientes, des lavemens ne peuvent qu'être utiles.

M. Bretonneau reconnaît aux purgatifs une influence très salutaire, au moment où s'opère le travail dit d'énucléation, c'est-à-dire du seizième au vingt et unième jour.

Le premier essai que je fis d'une potion saline dans des conditions indiquées par ce praticien distingué ne fut pas heureux.

La malade après le troisième septenaire fut prise de vomissemens d'un liquide jaune safrané. Une solution de sulfate de magnésie donnée par cuillerées n'arrêta pas le vomissement.

Quelques jours après des coliques survinrent assez brusquement, des symptômes de péritonite succédèrent, et la mort fut sans doute la suite d'une perforation intestinale. La nécropsie ne put être faite.

Cependant, comme il n'est pas rare de voir mourir avec le même appareil de symptômes, des malades traités par la méthode anti-phlogistique dans toute sa rigueur, et que j'étais certain que les purgatifs avaient été employés avec succès, à Tours, par M. Bretonneau, et d'après ses avis à Vendôme, par mon frère, le docteur Arsène Gendron, je revins à leur usage, et voici définitivement dans quelles circonstances je leur reconnais une action salutaire.

Lorsque dans le troisième ou quatrième septenaire, l'état du malade s'aggrave subitement, que la langue humide jusqu'alors devient promptement rouge et sèche, que le visage se grippe, qu'il survient du délire ou de l'assoupissement, des soubresauts dans les tendons et que des évacuations alvines sont peu abondantes, alors le purgatif me paraît indiqué, et fréquemment le flux intestinal est suivi d'amélioration sensible. Quelquefois cette amélioration ne dure qu'un ou deux jours, un second purgatif est encore utile.

Je l'ai souvent réitéré trois et quatre fois avec succès à deux ou trois jours de distance. J'emploie l'huile de ricin, si les malades digèrent le bouillon et n'ont pas montré dans le cours de leur dothinentérie, disposition au vomissement.

D'autres fois, j'ai donné d'heure en heure ou de deux heures en deux heures, jusqu'à effet

purgatif, deux gros de manne dissous à froid dans l'eau ou l'eau d'orge, ou quelques gros de sel neutre dans une décoction de tamarin, ou enfin l'eau gazeuse de Sœdlitz; le calomel à ceux qui ne peuvent prendre les médicamens qu'à très-petite dose.

Quand la dothinentérie est stationnaire, sans symptômes graves après le vingt et unième jour, que le pouls se maintient très-fréquent, que les paroxysmes de la nuit se terminent par des sueurs fatigantes et qu'enfin les selles sont rares, le purgatif modifie heureusement cet état.

Les malades qui vomissent au début de la dothinentérie ont une grande tendance à être repris de vomissemens au déclin. Il en est chez lesquels ce symptôme est tellement persistant qu'il survit seul à tous les autres.

L'eau pure, l'eau de Seltz coupée, le calomel, les potions salines, le sous-nitrate de bismuth, les calmans, les opiacés à l'intérieur ou par la méthode endermique, les dérivatifs ont communément été inutiles, et parfois les vomissemens se sont apaisés après l'ingestion d'un aliment choisi par le caprice du malade.

Les toniques, quand par une erreur de diagnostic ils étaient employés au début de la maladie, ajoutaient à la gravité des symptômes, et les malades en général n'attendaient pas le conseil du médecin pour les cesser.

Mais après le troisième septenaire, lorsqu'il y a une grande prostration des forces, que le pouls est faible et disparaît sous la pression des doigts, ils peuvent être utiles.

Sans doute il faut les employer avec précaution, les suspendre si leur action est suivie d'accidens gastriques ou de réaction fébrile, et quelquefois y revenir.

Dans les campagnes, le vin coupé avec l'eau pure ou sucrée est le tonique par excellence, c'est le seul que les malades prennent avec plaisir et avec confiance. Le sulfate de quinine a souvent interrompu les retours fébriles du soir pendant des convalescences imparfaites.

L'on ne saurait trop recommander le séjour des dothinentériques dans des chambres vastes et bien aérées, leur transport d'un lit dans un autre, des lavages avec l'eau tiède et le savon lorsqu'ils sont salis par leurs évacuations.

La mortalité est peut-être plus grande dans les campagnes parce que les précautions de propreté y sont rarement observées.

Pour résumer notre opinion sur la thérapeutique des fièvres typhoïdes, nous dirons que vu l'incertitude de tout traitement actif, la médecine expectante est préférable.

Là, comme dans toutes les maladies contagieuses, le praticien doit considérer deux ordres de symptômes : 1° Ceux qui sont naturels à la maladie, symptômes essentiels dont la durée voulue n'est point entravée par les médicamens;

2° Les épiphénomènes, symptômes extraordinaires ou dont l'intensité est anormale; ceux-ci doivent être combattus rationnellement, ramenés, s'il est possible à leur degré naturel, et dès que cet effet est obtenu, il ne faut pas s'obstiner à troubler une maladie qui ne peut marcher au gré du médecin le plus entreprenant.

PROPAGATION DE LA DOTHINENTÉRIE.

Nous examinerons successivement la dothinentérie sous le rapport de sa propagation :

- 1° A un seul individu ;
- 2° A plusieurs individus de la même famille ;
- 3° Nous traiterons ensuite de ses épidémies dans les hameaux, les bourgs et les petites villes.

1° *Dothinentéries communiquées à l'individu.*

Le 22 août 1828, Contereau, fermier de Verneilh, commune de Dissay-sous-Courcillon, m'envoya chercher pour son domestique malade depuis près de quinze jours ; les symptômes de la dothinentérie étaient très prononcés. Le malade recevait des soins particuliers de sa sœur âgée d'une vingtaine d'années, et qui passa seulement quinze jours à Verneilh. Au commencement de septembre, elle fut prise de la même maladie, retourna dans la commune de Saint-Christophe où elle demeurait, et y mourut le vingtième jour de sa dothinentérie.

La mère de Contereau résidant dans la commune de Nogent, à trois quarts de lieue de son fils, avait fait une visite charitable au domestique malade ; peu de jours après, elle se plaignit de maux de tête, de douleurs dans les membres, de fièvre avec chaleur et insomnie toutes les nuits, plus tard elle eut de la diarrhée, de la surdité, du délire, etc. ; je la visitai le 15 septembre, et je reconnus qu'elle était atteinte de la dothinentérie.

Dans les trois communes limitrophes de Dissay, Nogent et Saint-Christophe, ces trois individus furent seuls malades. Leur affection aurait pu être considérée comme sporadique, si je n'avais pas eu la certitude que les deux dernières avaient communiqué avec le premier.

Les autres habitans de Verneilh, Contereau fils et sa femme, n'éprouvèrent aucun changement dans leur santé, mais je dois observer qu'en 1824 ils avaient payé leur tribut à cette maladie ainsi qu'un domestique auquel le malade de 1828 avait succédé.

J'ajouterai encore pour prévenir toute idée d'une affection endémique, que la même localité a reçu de nouveaux fermiers qui occupent un certain nombre de domestiques, sans qu'il y ait eu depuis quatre ans de nouveaux malades.

Verneilh est situé au bas d'un coteau de vignes qui le domine à l'est, une petite rivière coule dans l'habitation même où se trouve un moulin et la borne à l'ouest ; plus loin, dans la même direction, sont des prairies ; puis un autre coteau ; la route de Dissay à Saint-Christophe passe du nord au sud près de cette habitation, située dans un charmant vallon, garantie des vents d'est et d'ouest, et assez vaste pour que les habitans soient commodément et sainement logés.

Madame Degaille, dont le mari est vétérinaire à Château-du-Loir, avait fait des visites obligées à une pauvre famille de son voisinage, dont plusieurs membres étaient aux prises avec la dothinentérie. Ceux-ci étaient en convalescence, lorsque cette dame fut atteinte, le 28 août 1829, et vers la fin du mois d'octobre suivant ; son état donnait encore les plus grandes

inquiétudes. Elle n'était pas soumise aux mêmes conditions hygiéniques que la famille pauvre qu'elle avait secourue, sa maladie ne fut pas moins grave, malgré les conditions favorables d'âge, de force, de santé et d'aisance qu'elle réunissait pendant ses visites aux malades indigens.

M. La Guérinière (observation 3^e) arrive à Château-du-Loir le 17 janvier 1833, au quatorzième jour d'une dothinentérie qui avait débuté par des symptômes cérébraux très graves.

Il venait de la ville de Prez-en-Paille où il exerce les fonctions de receveur de l'enregistrement.

Retenu à Château-du-Loir par des parens ce malade est confié à mes soins. Le médecin qui l'accompagnait m'assura que dans l'endroit qu'ils avaient quitté il n'y avait point d'épidémie et que la gastro-céphalite de M. La Guérinière était isolée.

Dans notre ville, le malade habitait au premier une vaste chambre aérée par trois larges croisées, ayant vue sur une place et un jardin.

Madame La Guérinière, âgée d'environ trente ans, grande, brune, bien constituée, accompagnait son mari auquel elle donnait des soins continuels.

Tous les matins le malade reposait sur un lit de sangles pendant qu'on préparait son lit ordinaire. Le premier lit dont on changeait les draps, servait toutes les nuits à la jeune dame.

Du 17 janvier, jour de l'arrivée, au 25, madame La Guérinière conserva une très bonne apparence de santé.

Le 25, c'est-à-dire à l'époque où Monsieur entra dans le quatrième septenaire, Madame commença à se plaindre de douleurs contusives dans les membres, de fatigue générale, de perte d'appétit et surtout de céphalalgie.

Le 26, mêmes symptômes, le pouls est sensiblement accéléré.

Le 27, la nuit a été très agitée, la malade commence à être inquiète et exprime le désir d'arriver dans sa famille à Château-la-Vallière.

Quelques heures suffisent pour ce voyage, je lui conseille de partir de suite.

Le 2 février je la vois à Château-la-Vallière ; l'insomnie, la douleur de tête, la prostration des forces, les paroxysmes du soir et la diarrhée ne laissent aucun doute sur la nature dothinentérique de la maladie ; le mieux survint dans le troisième septenaire et dans le quatrième la convalescence.

Pendant les dix jours qu'il resta à Château-du-Loir, M. La Guérinière recevait des visites de ses parens ; quelques uns n'avaient pas encore eu la dothinentérie et étaient aptes à la contracter.

Cependant sa dame qui lui donnait les soins les plus constans fut seule atteinte.

Le contact immédiat répété est la cause la plus active de la propagation des fièvres typhoïdes, et nous aurons occasion de montrer cette préférence avec laquelle ces maladies se transmettent du malade aux personnes faisant l'office de garde-malades.

Madame Perret, dont le mari est receveur des contributions indirectes au Lude, succomba à une époque de la dothinentérie où les graves

périodes semblaient franchies (Observation 6^e).

Cette dame recevait des visites fréquentes de deux médecins du Lude et de son mari. Ses deux jeunes demoiselles, d'après mes conseils et les ordres du père, l'approchèrent rarement.

Les soins les plus empressés lui étaient donnés par sa sœur, M^{lle} Dumoulinet, âgée d'environ trente-cinq ans.

Dans les premiers jours de février 1833, lorsque M^{me} Perret était au cinquième septenaire, M^{lle} Dumoulinet ressentit les prodromes de la maladie, de plus elle fut affectée d'un érysipèle à la jambe.

La dothinentérie fut bientôt accompagnée de délire, surdité, diarrhée, tympanite, émission involontaire des urines, etc., etc.; les premiers signes de convalescence se montrèrent dans la cinquième semaine, plusieurs mois s'écoulèrent avant que la santé de M^{lle} Dumoulinet fût tout-à-fait satisfaisante.

L'ainée des jeunes demoiselles donna quelques inquiétudes, cependant comme elle est très délicate et que son indisposition ne dura que cinq à six jours, sans autre symptôme qu'un peu de chaleur fébrile et de céphalalgie, je n'en ai pas tenu compte. La maladie de M^{lle} Dumoulinet prouve ce choix de la dothinentérie pour la personne qui s'expose par devoir ou par obligeance à un contact fréquent avec le malade.

Larose, âgé de vingt-cinq ans, domestique au moulin de la Clarté, dans la commune de Saint-Pater, est pris d'une dothinentérie grave.

Sa sœur vint lui donner des soins, et lorsque le malade fut rétabli, cette jeune femme, enceinte de quatre mois, retourna à une lieue de la Clarté, dans le bourg de Bueil où elle demeurait.

Les cohabitans de Larose ne furent pas malades, mais sa sœur, peu de jours après son arrivée à Bueil, eut la fièvre typhoïde; elle fit une fausse couche, se rétablit lentement; plusieurs personnes du bourg qui l'avaient visitée furent atteintes de la même maladie, et notamment son voisin, le maréchal de l'endroit, nommé Ségnoré, qui en mourut.

Il est inutile de multiplier les citations de dothinentéries communiquées aux garde-malades; ces transmissions sont fréquentes dans les campagnes, il n'est point d'officier de santé qui ne puisse en citer un grand nombre d'exemples.

Souvent le médecin appelé pour un premier malade isolé, dont l'affection ne peut être expliquée ni par une infection locale, ni par la contagion, est rappelé quelques semaines après pour un autre membre de la famille affligé de la même maladie, et nous verrons à l'histoire des petites épidémies, que presque toujours ce sont les garde-malades qui succèdent aux malades.

J'ai voulu d'abord constater que cet héritage avait lieu dans les cas les plus simples, dans des endroits exempts d'épidémie, où les conditions d'infection n'existaient pas et lorsque les premiers malades ne semblaient pas eux-mêmes victimes de la contagion.

Les informations les plus sévères ne m'ont fait découvrir aucune communication suspecte chez ces premiers dothinentériques que leurs garde m'ont pu soigner impunément.

Dothinentéries communiquées à plusieurs individus d'une même famille.

Lorsqu'une maladie contagieuse est importée dans une ferme où une maison isolée, elle frappe souvent tous ceux qui l'habitent, puis elle s'arrête faute d'alimens. Le mal vient il à surgir aux environs, presque toujours il y a eu entre les habitans des deux endroits des communications directes, et si un seul individu a communiqué avec la famille malade, ce visiteur imprudent ou bienveillant, premier dothinentérique d'une nouvelle famille, devient à son tour le centre d'un foyer de contagion.

Nanette Lepinay, âgée de dix-sept ans, était domestique dans une maison de Villebourg, dont les quatre habitans, Boutard et sa femme, âgés de trente et trente et un ans, et deux enfans de sept et neuf ans, avaient été successivement pris de la dothinentérie. Les deux enfans succombèrent.

C'est alors que Nanette qui les avait soignés revint malade au Verger, maison de son père, où elle mourut dix jours après, au commencement de novembre 1825.

Le Verger est une maison isolée située sur un lieu élevé; la famille de Nanette n'avait point communiqué avec Villebourg dont elle est séparée par une demi-lieue de distance. Des quatre membres qui la composaient, trois furent successivement atteints de la dothinentérie, savoir: la sœur de Nanette, âgée de vingt-deux ans, sa mère, âgée de quarante, et enfin un enfant de cinq ans. Ils se sont tous rétablis après une maladie longue et une convalescence pénible.

Le 5 novembre 1826, l'on amena à l'hospice de Château-du-Loir, une jeune fille âgée de vingt ans, nommée Marie Nadereau, domestique dans la commune de Luceau, dont les parens habitaient Dissay-sous-Courcillon.

Cette malade était au troisième septenaire d'une dothinentérie maligne, dans le quatrième la région du sacrum présenta une escarre large, puis un ulcère profond, les symptômes typhoïdes furent portés au plus haut degré, et la mort eut lieu le 1^{er} décembre.

La sœur Baglin, âgée de vingt-cinq ans, employée à l'hospice, avait donné des soins très assidus à Marie Nadereau et fut prise immédiatement après sa mort des premiers symptômes de la dothinentérie, savoir: céphalalgie, état d'ivresse, douleurs dans les membres, insomnie, puis fièvre avec paroxysmes en chaleur toutes les nuits.

Dans le cours de la maladie, stupeur, surdité, diarrhée. La convalescence n'a été assurée qu'au bout d'un mois.

Marie Nadereau était domestique dans la ferme de la Bomboirie, commune de Luceau.

Quelques jours avant sa maladie, elle était allée à deux lieues de là, aux Pévadières, maison isolée dans Dissay, et avait soigné pendant plusieurs jours son père atteint de dothinentérie, après un fils âgé de dix ans qui était mort de cette maladie.

Marie tombe malade le lendemain de son retour à la Bomboirie et reçoit des soins de sa maîtresse, la femme Boussard.

Celle-ci, âgée de trente ans, bien constituée, enceinte de quatre mois, est au bout de quinze

jours obligée de s'aliter. Alors Boussard, son mari, fatigué d'avoir chez lui deux malades à la fois, fait conduire la domestique à l'hôpital de Château-du-Loir, et place auprès de sa femme un autre domestique, âgé de douze ans, nommé Jean Breton.

Celui-ci eut bientôt à soigner de plus la fille de Boussard, âgée de cinq ans, prise comme la mère de fièvre typhoïde.

Le malheureux enfant ne résista pas à ce double service, et il était lui-même affecté des symptômes de la même maladie, lorsqu'il fut inhumainement jeté dans une charrette et reconduit chez son père, demeurant à trois lieues de la Bomboirie, dans la commune de Saint-Christophe.

L'insouciant conducteur arriva au terme du voyage sans s'apercevoir que son jeune malade, réveillé par le délire, s'était glissé au derrière de la charrette et avait fui dans la campagne. Des personnes charitables l'avaient recueilli comme un enfant ivre, digne à la fois de blâme et de compassion.

Le lendemain il fut reçu dans sa famille, à la Besnardière, maison isolée, dans un pays plat nullement marécageux et dont tous les habitans offraient un bon état de santé. L'enfant mourut huit jours après son arrivée.

Il avait été soigné par sa mère, âgée de trente-huit ans, qui fut gravement malade quelques jours après la mort de son fils, et pendant quarante jours aux prises avec une grave dothinentérie. Son mari, atteint plus gravement encore, succomba vers le vingtième jour, et avant sa mort, trois enfans étaient simultanément frappés de la même maladie, un garçon de quatorze ans et deux filles, l'une de huit, l'autre de dix ans. Cette dernière surtout fut long-temps à se rétablir. Il n'y avait pas d'autres habitans à la Besnardière.

A peine recurent-ils quelques visites des cultivateurs les plus voisins, effrayés de voir la maladie s'étendre du premier malade à ceux qui l'avaient soigné. L'épidémie s'arrêta donc en quelque sorte faute d'alimens.

Dans le mois de septembre 1829, la veuve Rousseau, âgée de soixante-quinze ans, après plusieurs visites au nommé Simoneau, dothinentérique, fut atteinte de la fièvre typhoïde.

Cette veuve habitait la Chevalerie, commune de Saint-Christophe; sa famille se composait d'un fils âgé de trente-trois ans, de la bru âgée de trente-deux, de cinq enfans, une domestique et un garçon de ferme; tous furent successivement aux prises avec la maladie, de sorte que l'épidémie eut trois mois de durée.

Ils furent soignés par M. Labbé, médecin à Saint-Christophe, le succès fut complet, aucun ne succomba.

Trois journaliers travaillaient chez la veuve Rousseau, dans le commencement de l'épidémie; ils n'assistaient pas la malade, mais seulement prenaient leurs repas dans sa chambre. Tous les trois furent affectés de la maladie régnante.

Le premier, nommé Berger, demeurait à Bois-Paris, commune de Saint-Pierre de Chevillé, où il succomba vers la fin du troisième

septenaire; sa femme, qui seule lui donna des soins, ne contracta pas la dothinentérie, mais elle l'avait eue quelques années auparavant, pendant une épidémie répandue dans la commune de Saint-Pierre de Chevillé.

Les deux autres journaliers, Baillou et Riollon, habitaient deux maisons voisines dites les Caves-Blanches, à une demi-lieue de la Chevalerie. Ils furent malades pendant plus de quatre semaines.

Baillou communiqua la dothinentérie à deux de ses filles, la première âgée de quinze ans, et la seconde de dix, qui en mourut.

Riollon reçut des soins de sa mère, âgée de soixante-quinze ans, et d'une jeune personne âgée de vingt ans. Celle-ci faillit être victime de la maladie, son état fut grave pendant plus de cinquante jours.

Jusqu'à présent nous voyons que généralement les malades se succèdent dans la même famille suivant l'ordre de leurs communications. Nous n'avons point ici à soupçonner d'infection locale. Des familles nombreuses, bien portantes et soumises depuis long-temps aux mêmes influences de localité, reçoivent un premier malade, et à cette occasion, sans autre condition nouvelle, la scène change, ces familles sont frappées dans tous ou dans presque tous leurs membres, et ordinairement un ordre de succession s'établit en raison directe avec l'ordre des relations.

Cet ordre est plus sensible encore lorsque le fléau attaque des familles alliées, écartées l'une de l'autre, et respecte leurs plus proches voisins.

Les familles Lefebvre et Durand habitaient, la première Saint-Pierre de Chevillé, la deuxième le Fresne, maison à un quart de lieue du bourg.

Première malade. Henriette Lefebvre, âgée de vingt-deux ans; elle se rétablit.

Deuxième malade. Sa mère; elle succomba dans le quatrième septenaire.

Troisième malade. La femme Durand, fille Lefebvre, venue du Fresne avec l'enfant qu'elle allaitait, pour donner des soins à sa mère; elle lui rendit les derniers devoirs, lava elle-même le linge et les effets de la défunte, puis retourna au Fresne, où elle mourut cinq semaines après de la dothinentérie.

Quatrième malade. Une jeune fille, Durand, âgée de sept ans, qui n'avait pas quitté le Fresne; elle fut conduite, à Saint-Pierre de Chevillé, chez son grand-père

Lefebvre, âgé de soixante et un ans; elle était en convalescence lorsque celui-ci succomba après une indisposition que je ne puis caractériser, car elle ne fut pas suivie par le médecin.

Pendant son séjour à Saint-Pierre, l'enfant recevait du Fresne les visites de sa grand-mère Durand, âgée de plus de soixante ans.

Cinquième malade. Madame Durand mère; à cette époque il n'y avait plus de malade au Fresne depuis deux mois.

Sixième et septième malades. Les deux filles de la précédente se relevaient auprès d'elle; la première nommée Marie, femme Georget, habitait à peu de distance du Fresne, elle communiqua la dothinentérie à son mari et à un enfant de six ans; tous trois se sont rétablis.

La seconde, nommée M^{me} Boureau, âgée de

trente-quatre ans , était aubergiste à une petite lieue du Fresne, dans le bourg de Saint-Aubin, où je la visitai le 5 septembre 1827; elle était au douzième jour d'une dothinentérie à laquelle elle succomba avant la fin du troisième septenaire.

Tant que l'épidémie est ainsi circonscrite, le médecin n'a pas besoin d'un grand effort d'attention pour reconnaître qu'en général la maladie se transmet suivant l'ordre des communications.

Dans les hameaux où nous devons la suivre, nous retrouvons cette régularité de progrès dans chaque ménage, et lorsqu'elle passe de l'un à l'autre; il est facile encore dans un lieu où tous les habitans se connaissent, où les relations sont circonscrites, de voir que ce n'est point au hasard et en aveugle que le mal frappe les individus d'une même maison, mais bien que dans chacune d'elles le premier affligé est celui qui a fait des visites fréquentes ou porté les secours les plus assidus aux autres malades.

En outre l'influence d'une population plus mobile, de relations indirectes plus nombreuses se fait déjà sentir. Lorsque l'épidémie est arrivée à un certain chiffre, le fléau semble s'affranchir des règles qu'il avait usq' u'alors suivies, et parfois les derniers ménages sont envahis sans communications directes, puis dans les mêmes ménages l'affection se transmet successivement à chaque individu suivant l'ordre accoutumé.

Dothinentéries épidémiques des hameaux, bourgs et petites villes.

Le hameau de la Drouauderie, situé au nord et à une demi-lieue de la ville de Château-du-Loir, est composé de six maisons resserrées au milieu d'une côte assez élevée et dominant à l'est un vallon peu étendu; au nord et à l'ouest le hameau est protégé par des terrains livrés à la culture.

Les habitans, fermiers ou petits propriétaires, vivent sobrement comme tous les agriculteurs, et un vieillard de quatre-vingts ans déposait en faveur de la salubrité du hameau, où se trouvait toutefois un phthisique. Tous deux moururent dans les premiers jours de l'invasion de la dothinentérie, mais sans en offrir les symptômes.

Le 8 mai 1828, la fille Lemeünier arrive dans le hameau, elle venait de Coëmont, bourg situé à plus d'une lieue, et elle était au douzième jour d'une dothinentérie contractée chez ses maîtres.

Les habitans des deux endroits n'avaient point eu de relations entre eux. La Drouauderie dépend de la commune de Luceau, Coëmont de celle de Vouvray-sur-Loir; les deux communes sont séparées par celles de Flée et de Château-du-Loir, où pendant les épidémies de Coëmont et de la Drouauderie, les médecins n'ont observé aucun dothinentérique.

Après l'arrivée de la malade de Coëmont et la mort du phthisique et du vieillard, les habitans de la Drouauderie étaient au nombre de dix-neuf, y compris un enfant à la mamelle qui fut seul préservé; ainsi il y eut dix-huit malades dans l'ordre suivant :

Première malade. La fille Lemeünier, venue à la Drouauderie, le 8 mai 1828, au douzième

jour d'une dothinentérie contractée à Coëmont, où nous l'avions déjà visitée.

Deuxième malade. La mère Lemeünier, âgée de soixante ans, elle reçoit des secours de deux voisines nommées Guilliet et Bardet, qui se relèvent jusqu'à l'arrivée d'une autre fille Lemeünier.

Troisième malade. La femme Guilliet.

Quatrième malade. La femme Bardet.

L'une âgée de cinquante et un ans est alitée pendant quarante jours; et successivement sont malades dans sa maison :

Madeleine Guilliet, âgée de vingt-trois ans.

Guilliet père, cinquante-trois ans, mort au quatrième septenaire.

Guilliet fils, âgé de dix-sept ans.

Deux jeunes filles, domestiques dans ce ménage, n'approchaient les malades que rarement et avec crainte.

Toutes deux furent atteintes et retournèrent chez leurs parens à une demi-lieue et à un quart de lieue du hameau.

La plus jeune âgée de dix ans a succombé.

Ni l'une ni l'autre n'ont communiqué leur maladie.

La femme Bardet, quatrième malade, âgée de quarante-sept ans, fut alitée pendant cinq semaines, et successivement furent pris chez elle, son fils Julien Bardet, onze ans, convalescence au bout de six semaines.

Constance Bardet, seize ans et demi, morte au quatrième septenaire.

Louis Bardet, huit ans, guéri.

Françoise Bardet, âgée de treize ans, domestique dans le bourg de Beaumont, à une demi-lieue du hameau, passa seulement quelques heures près de sa mère en délire et l'embrassa croyant lui faire un dernier adieu.

Quatre à cinq jours après, elle tomba malade chez ses maîtres qui étaient à la fois ses parens. Ils n'appelèrent aucun médecin, mais depuis ils m'ont dit qu'elle avait eu le mal de tête avec délire, surdité, des accès de fièvre très forts la nuit, et qu'elle avait été comme imbécille pendant plusieurs semaines.

Derniers malades du hameau :

Rose Perchet, âgée de dix-huit ans, assure n'avoir eu aucune communication avec les malades, mais elle a eu de fréquens rapports avec les gardes. Convalescente au bout de quarante jours.

Sa sœur Marianne Perchet fut prise pendant qu'elle avait ses règles. Il y eut suppression, les accidens cérébraux furent très-intenses, elle mourut le onzième jour.

La mère, âgée de cinquante-deux ans, n'arriva que très-tard à la convalescence. Des vomissemens opiniâtres d'un liquide jaune safran retardèrent sa guérison.

Maison Fortier. Trois habitans de cette dernière maison eurent la dothinentérie.

La jeune femme Fortier, première malade, était nourrice et continua à allaiter son enfant qui seul n'éprouva aucune atteinte du fléau.

Le mari, âgé de vingt-six ans, puis la sœur, furent affectés; tous trois se sont rétablis.

Pendant la convalescence, ces malades offraient encore la démarche incertaine, l'air étonné, la surdité, la faiblesse et le tremble-

ment musculaire qui survient ordinairement à cette redoutable maladie.

Quatre journaliers travaillaient vers la fin de l'épidémie, chez la veuve Perchet; tous trois furent malades, un seul succomba.

Les deux premiers demeuraient à une lieue de la Drouauderie, le troisième nommé Michel Degaye, âgé de quarante-deux ans, habitait la Baraterie, ferme placée sur un point élevé, à un quart de lieue du hameau.

Il communiqua sa maladie à sa femme, âgée de quarante et un ans, et à trois enfans de quatre, sept et huit ans, qui n'avaient eu aucunes relations avec les malades du hameau.

Ils furent traités par mon confrère le docteur Cullier, de Château-du-Loir; tous cinq se sont rétablis.

Des habitations plus rapprochées du lieu infecté n'ont ressenti aucune atteinte de l'épidémie.

Les habitans des campagnes savent très bien reconnaître qu'une maladie leur est importée, et leur langage expressif donne souvent à l'affection régnante le nom de l'endroit où elle a d'abord exercé ses ravages. Ainsi à la Drouauderie l'on avait la maladie de Coëmont; à Coëmont où, comme nous le verrons bientôt, le mal avait été porté, l'on avait la maladie de Montabon.

Il est impossible en effet de ne pas admettre que la maladie émigre avec le malade, lorsqu'après cette émigration, les individus sont frappés en raison directe de leurs communications.

Lorsque l'épidémie est arrivée à un certain degré, les rapports indirects ont à leur tour une influence nuisible. C'est ainsi que la femme Fortier est victime de ses rapports fréquens avec les garde-malades.

Le contact immédiat ajoute aux chances de la contagion, mais il n'est pas une condition *sine qua non*.

La contagion par voie indirecte est fréquente dans certaines maladies; pour la fièvre typhoïde on ne l'observe en général que lorsque le nombre des malades constitue déjà l'état épidémique.

Ce mode de propagation est un des plus rares sans doute; mais lorsqu'un individu y succombe, l'on peut voir avec quelle constance la contagion immédiate reprend ses droits.

La femme Fortier, malade après des relations indirectes, est soignée par sa fille aînée et son mari; tous deux lui succèdent; ce dernier a pour garde sa sœur, qui ne résiste pas longtemps à de telles fonctions.

Degaye pénètre dans la chambre d'une malade, il contracte la dothinentérie, et plus tard sa femme et ses enfans sont atteints après des soins directs qu'ils lui ont donnés.

L'on ne verrait pas cette régularité de succession si le mal était dû à un principe contenu dans l'air ou à l'hygiène de la localité.

Souvent dans les bourgs, le mal franchit plusieurs maisons qu'il respecte et se porte à une habitation éloignée. Il se trouve alors que ce sont des parens qui habitant les deux extrémités de l'endroit, se sont fait des visites obligeantes; c'est que la dothinentérie ne se transmet pas par voisinage de maisons, mais par voisinage

de relations; c'est que, suivant l'expression judicieuse des gens simples de la campagne, ce n'est pas l'air du pays, mais l'air des malades qui est malsain.

Toutefois prenons les faits pour ce qu'ils valent, et ne nous faisons pas un si grand monstre de la contagion.

Nous avons vu précédemment la même malade infecter successivement deux endroits où elle avait été recue, la Bomboirie et l'hospice de Château-du-Loir, un second malade parti de la même ferme occasioner dans sa famille des résultats encore plus meurtriers.

A la Drouauderie, malgré la sévérité de l'épidémie et le nombre d'énagrans, trois journaliers, deux domestiques et Françoise Bardet, en tout six individus traités loin du foyer empoisonneur, un seul communiqua la dothinentérie à sa famille.

La contagion n'est donc pas infallible, malgré le caractère de transmissibilité d'une maladie; sa propagation n'est pas perpétuelle, indéfinie. Souvent elle s'arrête en vertu de circonstances appréciables, mais souvent aussi sans qu'on puisse expliquer son respect pour des êtres imprudens et privilégiés.

Ces exceptions, ces immunités ne sont point particulières à une maladie, elles se trouvent dans toutes les épidémies et même dans les affections éminemment contagieuses.

Nous avons dit que sur dix-neuf habitans du hameau dix-huit furent atteints de la fièvre typhoïde.

La première malade était arrivée le 8 mai, l'épidémie cessa dans le mois d'octobre, elle eut cinq mois de durée. Si l'on se rappelle que les troisième et quatrième malades contractèrent simultanément auprès de la même dothinentérique, et que leurs deux familles furent à la fois affligées, l'on se fera une idée de la lenteur avec laquelle la dothinentérie se transmet, et déjà l'on a pu remarquer que le premier malade a généralement franchi plus de deux septenaires, lorsque le mal s'annonce chez un second sujet.

Le Petit - Gènes est un hameau de quatre maisons, à deux lieues sud-est de Château-du-Loir, sur les limites des départemens de la Sarthe et d'Indre-et-Loire, à peu de distance de la route royale de Tours à Caen.

Au milieu d'une vaste plaine, ce hameau est exposé à tous les vents, il n'est protégé par aucun bois, par aucun accident de terrain. L'on ne rencontre dans son voisinage ni ruisseau, ni rivière, ni fontaine. Les habitans se servent d'eau de puits. Une vaste mare d'eau stagnante, creusée à dessein, entretenue par les eaux de pluie, sert à désaltérer les bestiaux. Le chemin de Villebourg traverse les habitations auprès desquelles se trouvent d'un côté des fumiers, comme cela se voit dans toutes les fermes, et de l'autre des jardins ou vergers.

Au mois de septembre 1826, je fus mandé dans cet endroit pour Juniet fils, âgé de quinze ans, aux prises depuis trois semaines avec une dothinentérie, dont je ne pus découvrir la cause occasionnelle.

Le malade était sans connaissance, dans un assoupissement continuel la langue était brune, contractée; les dents fuligineuses; la respira-

tion bruyante, un peu râleuse, le ventre ballonné; les matières fécales jaunes, liquides, et les urines étaient rendues involontairement.

Le pouls fréquent, faible, disparaissait sous la pression des doigts. Ce jeune homme se rétablit au bout de trois mois.

Il avait été soigné par son père et sa mère, une jeune domestique de dix-huit ans, qui fut mourir de la dothimentérie chez ses parens, et des voisins nommés Rocheteau.

Ces derniers au nombre de sept furent successivement pris de la maladie de Juniet, et sur quinze individus domiciliés dans le hameau, douze payèrent le tribut à l'affection régnante.

Ils se rétablirent tous sous l'influence des boissons mucilagineuses, des applications de quelques sangsues, des lavemens et des dérivatifs. M. Labbé, médecin à Saint-Christophe, les visita fréquemment.

Des trois individus préservés, il en est un sur lequel je n'ai pu avoir de renseignemens positifs.

Les deux autres étaient James père et sa femme.

En 1824, c'est-à-dire deux ans avant l'épidémie, j'avais fait plusieurs visites à cette dernière, prise alors d'une dothimentérie isolée, et vingt ans auparavant, son mari avait été atteint d'une maladie longue et sérieuse désignée par le médecin sous le nom de fièvre putride-maligne.

Voilà donc une des circonstances dont il faut tenir compte lorsqu'on étudie la marche de la contagion, savoir si les réceptacles n'ont pas déjà été atteints de la maladie contagieuse; et nous pouvons, en revenant sur nos pas, constater plusieurs immunités semblables.

Trois journaliers contractent la fièvre typhoïde à la Chevalerie; deux la transmettent à leur famille; le troisième succombe soigné par sa femme seule, qui ne la contracte pas. Elle l'avait eue précédemment.

Trois individus seulement échappèrent à l'épidémie du Petit-Gênes; deux étaient dans la même condition que la femme du journalier.

Mademoiselle Levilain est prise à la Dromanderie, deux mois après l'épidémie; elle revient à Luceau chez sa mère qui l'assiste impunément pendant cinquante jours. Celle-ci avait eu autrefois la dothimentérie.

Cependant nous citerons des individus qui ont été deux fois atteints de la fièvre typhoïde: ce sont des exceptions à la règle très générale d'inaptitude acquise par une première atteinte.

L'épidémie du Petit-Gênes fut portée à une lieue plus loin dans une habitation dite la Brosse, commune de Büeil, par une femme nommée Dupin. Celle-ci était allée au Petit-Gênes, veiller sa fille Rocheteau. Quelques jours après son retour à la Brosse, vers la fin de novembre 1826, elle fut obligée de s'aliter.

Je lui ai fait une visite pendant qu'elle était au troisième septenaire de sa dothimentérie à laquelle elle succomba. C'était alors la seule malade de l'endroit. J'ai su depuis par M. Brette, médecin le plus rapproché, qu'il y eut successivement dans la famille Dupin et chez les voisins, onze malades, parmi lesquels neuf femmes. Quatre succombèrent.

L'épidémie dura six mois; la succession fut très régulière de la malade à la garde-malade, et la distance varia de trois semaines à un mois entre le premier et le second malade de chaque maison.

Déjà nous devons reconnaître que cet intervalle est assez constant, l'époque à laquelle les malades se succèdent après le second septenaire est variable, mais il est rare que la transmission s'opère avant le seizième jour. Ce n'est en quelque sorte qu'à partir du troisième septenaire jusqu'à une époque indéterminée, dans laquelle il faut comprendre la convalescence que la dothimentérie est susceptible de se transmettre.

Il importe pour l'hygiène des administrations publiques, des établissemens civils et militaires de tenir compte de cette circonstance.

Dans les régimens, les collèges, les pensions, les convalescens de dothimentérie devront être réunis, pendant plusieurs semaines, dans une infirmerie isolée et particulière.

GENDRON.

(La suite au prochain numéro.)

FRACTURE COMPLÈTE DE JAMBE COMPLIQUÉE D'ÉPANCHEMENT ET DE CONTUSION.

Traitement par la planchette de M. MAYOR, pendant six semaines; pas de consolidation; application de l'appareil inamovible pendant six semaines; guérison parfaite; observation communiquée par M. BÉRARD jeune, agrégé en exercice, chirurgien du Bureau central.

Un manoeuvre, terrassier, âgé d'une trentaine d'années, d'une bonne constitution, eut la jambe droite fracturée par la chute d'un sac de plâtre, du poids de soixante livres. Ce sac en tombant d'une hauteur considérable, (soixante pieds), rencontra d'abord la surface antérieure du corps du blessé qui fut renversé par le choc, et il épuisa ensuite sur sa jambe droite toute la quantité de mouvement dont il était doué. Les deux os de la jambe furent fracturés à leur partie moyenne.

Apporté le jour même à l'hôpital Saint-Antoine, le 11 septembre 1833, le malade fut reçu par l'interne de garde qui posa l'appareil ordinaire sur le membre fracturé. Dans la nuit il y eut de l'agitation, un peu de délire, et l'appareil se déranger; voici dans quel état je trouvai le malade le lendemain 12 septembre à ma visite. La fracture occupe la partie moyenne de la jambe, les fragmens du tibia sont taillés obliquement de telle sorte que l'extrémité de l'inférieur est oblique en haut et en dehors; on ne peut reconnaître la direction de ceux du péroné. La peau qui répond au lieu de la fracture est fortement contuse; dans le même point existe une tuméfaction uniforme, violacée, due à l'infiltration du sang dans les tissus ambiants; la sensibilité de la partie est obtuse et la gangrène menace de s'emparer des parties qui ont été contuses. M. Mayor de Lausanne présent à ma visite me fit la proposition d'essayer pour ce malade l'usage de sa planchette suspendue. Je saisis avec plaisir l'occasion d'expérimenter la méthode de cet ingénieux chirurgien; car la lecture du traité de l'hyponarthécie m'avait in-

spiré un vif désir de m'assurer que l'auteur du nouveau système de déligation chirurgicale n'avait pas donné des éloges exagérés au procédé de la suspension. L'appareil fut préparé pour le lendemain, et le membre fut de nouveau contenu à l'aide du bandage de Scultet, des paillassons et des attelles.

Le délire revint pendant la nuit; le malade s'agita et déranger toutes les pièces de son bandage; en sorte que le lendemain, 13 septembre, la tuméfaction de la jambe était accrue, de nombreux phlyctènes pleines d'une sérosité roussâtre soulevaient l'épiderme aux environs de la fracture, les fragmens du tibia chevauchaient de telle sorte que l'externe était porté en haut et en dehors et ne répondait plus au supérieur que par la moitié interne de son épaisseur. La gangrène était imminente et je craignis un moment que l'amputation ne fût l'unique ressource à opposer à cette fracture compliquée. Cependant le membre fut placé sur la planchette recouverte d'un paillason de balle d'avoine; deux mouchoirs pliés en cravate le fixèrent, l'un à la partie supérieure, l'autre à l'inférieure de la planchette: la partie moyenne libre de tout bandage permit de faire sur les liens de la fracture les applications topiques que réclamait l'état des parties molles; ainsi les phlyctènes furent incisées pour en évacuer la sérosité, et recouvertes avec des linges enduits de cérat, un cataplasme résolutif fut appliqué sur la jambe, et le membre fut soulevé avec la planchette suspensive à quelques pouces au-dessus du plan du lit, de telle sorte que l'appareil était entièrement libre et pouvait se balancer en tout sens, en cédant à la plus légère impulsion qu'on lui communiquait.

Je ne m'arrête pas à décrire l'appareil de M. Mayor ni son mode de suspension; je renvoie, pour cela, à son *Traité de déligation chirurgicale*.

Dès que la jambe fracturée eut été placée sur la planchette suspendue, le blessé cessa d'éprouver les douleurs vives dont la fracture était le siège; le sommeil fut calme et le délire ne reparut plus. Les symptômes locaux allèrent en s'améliorant; le gonflement diminua peu à peu, les œchymoses commencèrent à se résoudre; et tout faisait présager que la maladie parcourrait ses périodes sans accident, et que la consolidation s'accomplirait dans le temps ordinaire, lorsque, vers le huitième jour, le blessé commença à se plaindre de douleurs dans le genou qui lui donnèrent beaucoup d'agitation; les fragmens se déplacèrent, et l'inférieur, soulevant la peau, menaça de nouveau de faire naître la gangrène. Le malade trouvait la planchette trop élevée et attribuait à cette position les souffrances qu'il endurait. J'y remédiai en l'abaissant un peu, et j'essayai de repousser le fragment inférieur en dedans et en arrière en établissant sur lui une compression douce et uniforme à l'aide de compresses graduées que maintenaient des tours de bande jetés autour de la jambe et de la planchette. Cette manœuvre eut le résultat que je désirais. D'une autre part, l'abaissement de la planchette mit fin aux douleurs que le malade éprouvait, mais il en résulta un autre inconvénient; l'appareil cessa d'être parfaitement mobile, parce qu'une par-

tie ou l'autre de la planchette frottait sur le plan du lit. Dès-lors le fragment supérieur cessa d'être immobile sur l'inférieur, et chaque mouvement du malade transmis au membre fracturé produisit un peu de déplacement entre les fragmens. Cette mobilité s'opposa à la consolidation, et au 2 novembre, c'est-à-dire, cinquante jours après l'accident, la fracture dégagée de toute complication offrait d'ailleurs au-si peu de solidité que dans les premiers jours.

J'eus alors recours à l'appareil inamovible; dès qu'il fut consolidé, le malade put se lever et se promener en se servant de béquilles et de la jambe saine; l'appareil resta en place pendant cinquante autres jours, au bout desquels la consolidation fut trouvée parfaite.

Réflexions.

Quoique l'appareil de M. Mayor n'ait pas eu dans cette circonstance un succès entier, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il a procuré un soulagement notable, et arrêté le développement d'accidens graves qui auraient pu causer la perte du malade, ou du moins amener la nécessité de l'amputation. La cessation des douleurs et du délire, à partir du moment où le membre a été posé sur la planchette suspendue, doit être attribuée, sans doute, à l'emploi de cet appareil. Si, après cinquante jours, la fracture n'était pas consolidée, on peut dire que cela tient à ce que la suspension n'a pas été parfaite pendant toute la durée du traitement. Mais, d'un autre côté, il faut avouer que ce genre de traitement a offert des inconvéniens auxquels j'étais loin de m'attendre, et que l'auteur de l'hyponarthécie n'a pas signalés: ce sont d'abord ces douleurs vives, plus tard insupportables, perçues dans le genou et qui ont forcé de faire baisser tout l'appareil; c'est ensuite le contact de la planchette avec le plan du lit, qui rend illusoire la suspension, et qui s'opère avec d'autant plus de facilité que les pièces du lit, privées de compression au-dessous de la planchette et pressées au contraire par le poids du corps dans les autres parties, tendent à s'élever et à bomber au niveau du premier point: j'ai en vain essayé de déprimer le lit au niveau de la jambe en pressant de haut en bas dans ce lieu avec des alèzes, dont les extrémités étaient solidement attachées aux parties latérales et inférieures du lit; il y avait toujours quelque point de la surface du lit qui se relevait et finissait par atteindre l'attelle suspendue.

Ces inconvéniens sont sans doute le résultat de mon défaut d'habitude dans l'emploi de cette méthode. Mais quand même je parviendrais à les vaincre, je n'hésiterais pas à placer la méthode par suspension appliquée au traitement des fractures de jambe au-dessous de l'appareil inamovible, puisque celui-ci, non moins simple que le premier, a sur lui l'avantage de permettre au malade de prendre de l'exercice pendant toute la durée de la consolidation de la fracture; bien entendu que je ne parle ici que des cas simples; car, pour les fractures compliquées, ma propre expérience ne m'a point encore appris si l'on pouvait impunément laisser marcher le malade à l'aide des béquilles; et si le résultat démontrait que le blessé doit garder le repos au lit, je ne sais pas

s'il ne serait pas préférable pour lui d'y être traité d'après la méthode de Mayor, plutôt que d'après celle de M. Larrey.

BÉRARD, jeune,
Agrégé de la Faculté, chirurgien
des hôpitaux de Paris.

A Messieurs les Rédacteurs du journal des
Connaissances médico-chirurgicales.

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de vous envoyer quelques réflexions sur le traitement des fractures du col du fémur, en vous priant de les consigner dans l'intéressant journal que vous rédigez et auquel je suis abonné, si vous croyez qu'elles puissent être utiles aux praticiens et aux malades.

Permettez-moi, Messieurs, de vous faire remarquer qu'il est étonnant que les chirurgiens français n'aient pas encore adopté l'appareil mobile pour les fractures des extrémités inférieures : il a pourtant un avantage immense sur toutes les autres méthodes ; 1^o Economie de temps, précieuse surtout pour les praticiens d'une grande cité ; 2^o Economie du matériel de l'appareil : on ne trouve pas chez tous les malades des draps à mettre en lambeaux et tout ce qui est nécessaire pour le pansement des fractures des membres inférieurs en suivant l'ancien procédé : cette économie se ferait surtout sentir dans les hôpitaux.

Il est vrai que le chirurgien doit être pourvu de ces appareils ; la dépense est si peu de chose pour lui, qu'il est bien dédommagé par le bien qu'il fait à ses malades en suivant cette nouvelle méthode.

Agréer Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.

BAUP, médecin.

Sur la fracture du col du fémur.

Les fractures du col du fémur ont fourni aux chirurgiens anciens et modernes l'occasion d'inventer des moyens bien différens pour les guérir ; chaque auteur a vanté sa méthode et en a méconnu les inconvéniens, en sorte que le praticien éprouve de la difficulté ou de l'hésitation à donner la préférence à un appareil.

L'expérience clinique me paraît être la seule voie qui puisse guider le chirurgien, sur le choix de la méthode qu'il doit employer pour guérir la fracture du col du fémur, l'observation qui suit, présente le cas de deux fractures du col des fémurs sur la même personne, à quatre ans d'intervalle, et traitées par deux méthodes entièrement différentes.

Madame ***, âgée de cinquante-trois ans, fit une chute, il y a quatre ans, sur le grand trochanter du côté droit et se fractura le col du fémur : le chirurgien qui fut appelé, appliqua l'appareil de M. le professeur Dupuytren ; on sait que ce célèbre chirurgien place le membre en demi-flexion, soutenu dans cette position par des coussins placés sous la cuisse et la jambe, et, que le tout est fixé immobile par des draps qui passent sur le bassin et le pied, et qui sont fixés au bois de lit.

La malade resta dans cette pénible position

pendant soixante jours sans faire un seul mouvement du membre, sans changer de place dans le lit ; elle éprouvait une grande difficulté pour les évacuations alvines, et sa santé en a été fort altérée. On enleva au 60^{ème} jour l'appareil ; le genou, qui était resté immobile durant ce temps, était fort roide : la malade souffrit beaucoup pour étendre la jambe, elle fut contrainte par son état de faiblesse de demeurer encore trente jours dans le lit sans pouvoir en sortir autrement qu'en se faisant porter sur un autre lit ; enfin ce n'est qu'au trentième jour qu'elle commença à faire quelques pas avec des béquilles, elle marcha avec beaucoup de difficultés. Pendant plusieurs mois, le raccourcissement et conséquemment la claudication furent le résultat de cette fracture, le pied est resté jeté en dehors.

La convalescence fut fort longue, et n'était pas encore parfaite, lorsque, le 5 août 1833, cette dame fit une chute sur le grand trochanter du côté gauche et se fractura le col du fémur.

Je fus appelé pour lui donner mes soins : le diagnostic fut facile à établir, la circonstance d'une chute sur le grand trochanter, le raccourcissement de l'extrémité, le pied jeté en dehors, la crépitation très distincte dans l'endroit supposé fracturé, l'impossibilité d'élever le membre par un mouvement de totalité, etc. ne me laissèrent aucun doute sur l'existence de la fracture du col du fémur : le chirurgien qui lui avait donné ses soins dans le premier accident et qui fut presque témoin de sa nouvelle chute, arriva un instant après moi, constata la fracture et se retira volontairement.

J'appliquai l'appareil mobile du docteur Sauter, perfectionné par M. le docteur Mayor, chirurgien de l'hôpital de Lausanne ; je plaçai le membre fracturé sur une planchette plus large que la cuisse et la jambe, articulée sous le genou, s'étendant depuis et y compris la tubérosité de l'ischion jusques au-delà du talon, préalablement recouverte d'un coussin ; je fixai le bassin à l'appareil par une ceinture ouatée, puis j'élevai l'appareil en demi-flexion, au moyen de cordes passant dans une poulie fixée au plafond, et assujéties aux extrémités et au milieu de l'appareil, etc. La partie inférieure de la cuisse et de la jambe fut retenue sur la planchette par deux cravates.

L'appareil était très mobile et permettait à la malade de faire beaucoup de mouvemens qui facilitaient considérablement les évacuations alvines sans déranger en aucune manière l'appareil et sans faire de mouvemens dans la fracture, il était facile de raccommoder son lit tous les jours, et on eut pu aisément changer de lit tous les quinze ou vingt jours, mais la malade avait quelques craintes et je n'insistai pas. Sa santé s'est maintenue en assez bon état et n'a point éprouvé cette profonde altération qu'elle avait éprouvée lors du premier accident.

Pendant les soixante jours que la malade demeura sur l'appareil, il n'y eut autre chose à faire qu'à resserrer les liens qui se relâchaient, et souvent la malade le faisait elle-même aux liens de la cuisse et du bassin, tant le mode de traitement donne de facilité dans les mouvemens et se trouve à la portée des gens étran-

gers à notre art. A compter du vingtième jour, j'étendis tous les huit ou dix jours la jambe sur la cui-se pour éviter la raideur de l'articulation du genou, dont les mouvemens eussent été bien gênés sans cette précaution. J'enlevai l'appareil le 6 octobre, c'est-à-dire le soixantième jour; la malade resta encore dans le lit quatre jours, et, depuis, elle s'est levée tous les jours et a marché avec des béquilles sans douleur, sans raideur du genou; l'extrémité a conservé sa longueur normale, le pied gauche a conservé sa position naturelle, et le pied droit est resté jeté en dehors: cette dame restera donc toujours boiteuse par le raccourcissement de l'extrémité droite, résultat du premier accident.

Aujourd'hui 23 octobre, cette malade a pris beaucoup de force, elle ne se sert plus de béquilles, elle oublie souvent un seul et unique bâton sur lequel elle appuie la main, et marche facilement en s'appuyant légèrement contre les meubles, elle se sent solide sur son membre gauche et sa santé est fort bonne.

On ne peut douter que l'immobilité dans laquelle la malade est restée durant trente jours, n'ait été la cause unique de la détérioration de sa santé et de la prolongation d'une faiblesse très grande dans l'extrémité droite, lors de sa première fracture il y a quatre ans. Le lecteur impartial se décidera facilement à mettre en pratique l'appareil mobile perfectionné par M. le docteur Mayor de Lausanne, pour toutes les fractures des extrémités inférieures.

BAUP., médecin et chirurgien,
à Nyon. (Canton de Vaud.)

DE L'HOMŒOPATHIE,

Par AUGUSTE BONNET, président de la société royale de médecine de Bordeaux.

RAPPORT LU A CETTE SOCIÉTÉ.

La première vocation du médecin, d'après M. Hahnemann, est de rétablir la santé des personnes malades, ou, en d'autres termes, de les guérir.

Guérir une maladie, c'est rétablir la santé d'une manière sûre, rapide et douce, *tutò, citò, jucundè*.

Les changemens morbides internes qui constituent la cause prochaine de la maladie se déroband à nos investigations, ne sauraient servir de base à la thérapeutique.

Les symptômes seuls peuvent fournir les indications curatives, et le traitement qui en aura fait disparaître la totalité aura nécessairement anéanti les désordres occultes.

Les propriétés actives des médicamens ne peuvent être déduites par analogie de leurs qualités physiques ni de leur composition chimique; les rapports entre leurs modes d'action et les maladies ne sont appréciables que par les effets qu'ils produisent sur l'économie.

En voyant l'emploi des médicamens, dans les maladies, être fréquemment et promptement suivi du rétablissement de la santé, nous sommes portés à leur attribuer ce résultat; mais cette manière d'étudier les propriétés médicales des agens thérapeutiques ne peut conduire à des connaissances complètes ni positives, parce qu'à l'exception de quelques maladies produites par

des causes miasmiques invariables (la peste, la variole, la scarlatine, la gale), tout état morbide est un cas individuel, particulier, caractérisé non par la prédominance d'un ou de plusieurs symptômes, mais par leur totalité: conséquemment un moyen trouvé nécessaire dans une maladie ne conviendra pas contre telle autre qui ressemble à celle-ci seulement par quelques symptômes. Or, une pareille manière d'essayer les médicamens ne présente qu'une multitude de cas et de cures individuels, qui, à quelques exceptions près, ne permettent aucune induction analogique; il faut chercher par un autre moyen les principes généraux de la thérapeutique.

Ce moyen, selon M. Hahnemann, est l'essai de l'action des médicamens sur l'homme en santé. Par ce mode d'investigation, on trouve que toute substance médicinale produit un ensemble de symptômes morbides, une véritable maladie artificielle. Ainsi l'action d'un médicament a deux effets opposés: le rétablissement de la santé de l'homme malade, et l'altération de l'homme sain. Hahnemann conclut de là que les médicamens deviennent remèdes, en vertu de leur faculté de produire des altérations dans les corps sains. Dans les maladies, nous ne pouvons observer que les symptômes, et dans les remèdes que leur puissance de modifier la santé de l'homme, et cette puissance ne se manifeste d'une manière claire que par les effets purs sur des hommes sains.

Il faut donc que ce soit dans les rapports entre les symptômes des maladies et les effets purs ou spécifiques des médicamens que nous cherchions le principe général du traitement des maladies. Or, il n'y a que trois rapports possibles entre les symptômes des maladies et les effets spécifiques des remèdes, savoir: l'hétérogénéité, l'opposition et la ressemblance. De là suit qu'il n'y a que trois méthodes imaginables de traiter les maladies: la *méthode allopathique*, la *méthode antipathique* et la *méthode homœopatique*.

La première méthode est celle qui use des médicamens produisant des effets étrangers aux symptômes de la maladie naturelle (système de la révulsion).

Dans la seconde, on emploie des médicamens produisant des effets spécifiques opposés aux symptômes de la maladie qu'on veut guérir (*contraria contrariis curantur*).

Dans la troisième on se sert des remèdes produisant des effets spécifiques semblables à ceux de la maladie naturelle. (*Similia similibus curantur*.) La vaccine est le remède homœopatique de la petite vérole; la congélation des membres est avantageusement combattue par les frictions de glace; Edward Kentish traite avec succès les brûlures par l'essence de thérébentine et l'alcool.

Suivant M. Hahnemann, la méthode homœopatique est la seule dont l'efficacité soit entière, constante, et cette supériorité lui a été démontrée par l'expérience.

Quelle que soit la substance qu'il emploie, le médecin homœopathe n'en prescrit jamais qu'une quantité excessivement petite; ce n'est qu'administrés de la sorte que les médicamens agissent; et l'on peut même dire que plus leur dose est faible, plus leur action est énergique. Ainsi, l'or, l'argent, le platine, le charbon de bois, sont

sans action sur l'homme dans l'état ordinaire; mais du broiement continué pendant une heure d'un grain d'or avec cent grains de sucre de lait en poudre, résulte une préparation qui a déjà beaucoup de vertu médicinale. Qu'on prenne un grain de ce mélange, qu'on le broie encore pendant une heure avec cent grains de sucre de lait, et que l'on continue d'agir ainsi jusqu'à ce que chaque grain de la dernière préparation contienne un quadrillionième de grain d'or, on aura alors un médicament dans lequel la vertu médicinale de l'or sera tellement développée, qu'il suffira d'en prendre un grain, de le renfermer dans un flacon, et de le faire respirer quelques instans, pour en obtenir des effets vraiment merveilleux dans la mélancolie, le spleen, etc.

Cette vertu médicinale s'accroît surtout par le frottement, et il est bon d'être prévenu de ne pas trop l'exalter, car une goutte de *drosera*, qui a trente degrés de dilution, et qu'on a secouée vingt fois à chacun de ces degrés, met en danger la vie d'un enfant atteint de la coqueluche.

Si l'on ajoute à cela qu'un huitième des maladies chroniques est produit par la *syphilis* (*maladie du chancre*), et la *sycosis*, (*miasmes des excroissances ou fises*), et que les sept autres huitièmes dépendent de la *psore*, on saura à peu près en quoi consiste la doctrine homœopathique. Quelques personnes trouveront peut-être que j'aurais dû en faire une exposition plus étendue et plus circonstanciée; mais, outre que l'esquisse rapide que je viens de tracer suffit à la rigueur pour en donner une idée exacte, j'aurai occasion bientôt de parler des points les plus importants que j'ai omis.

M. Hahneman, dit-on, fatigué des systèmes, a pris le parti de leur en substituer un qui pût le justifier de les avoir généralement négligés. Mais le but qu'il se proposait n'a pas été atteint et ses efforts n'ont abouti qu'à la création d'une doctrine où l'invraisemblance ne le cède qu'à la singularité. Toutefois, comme les propositions qui servent de base à cette doctrine semblent reposer jusqu'à un certain point sur le raisonnement, et que les conséquences qui en découlent ne tendent à rien moins qu'à changer la face de l'art, je jeterai un coup-d'œil sur chacune d'elles.

Et d'abord je ferai observer qu'on n'est nullement en droit d'établir que la cause prochaine des maladies se dérobe toujours à nos investigations; car il est incontestable que l'anatomie pathologique nous a parfaitement fixés sur la nature et le siège d'une foule d'affections.

On n'est pas non plus fondé à avancer que le traitement qui aura fait disparaître la totalité des symptômes aura nécessairement anéanti les désordres occultes, car la disparition des symptômes ne prouve pas toujours celle de la cause qui les détermine: il n'est pas rare, en effet, de voir une phlegmasie aiguë devenir chronique, et alors, ou les signes qui la caractérisent sont très différens, et l'on pourrait croire au développement d'une affection nouvelle, ou ils sont entièrement nuls, et ces sortes de cas militent plus encore contre la proposition qui nous occupe, puisque les phénomènes morbides ont disparu, et que la maladie n'a pas été *anéantie*.

Mettre en fait qu'à l'exception de la peste, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, etc.,

tout état pathologique est un cas particulier, caractérisé, non par la prédominance de quelques symptômes, mais par leur totalité, et déduire de là le besoin de chercher par une voie nouvelle les principes généraux de la thérapeutique: c'est, en termes différens, dire que, pour établir le diagnostic et le traitement d'une maladie, il faut que les signes qu'elle présente soient égaux en nombre et parfaitement identiques à ceux qu'elle a offerts chez un autre individu. Or, cela n'a lieu ni dans les affections ordinaires, ni même dans celles qui dépendent de causes miasmatiques invariables; on demande donc l'impossible lorsqu'on veut des ressemblances complètes entre les groupes de symptômes, et si de telles ressemblances étaient nécessaires pour l'application des remèdes, il n'y aurait évidemment jamais indication suffisante de les appliquer.

Les médicaments, dit-on, qui occasionent des symptômes semblables à ceux d'une maladie sont les plus propres à la guérir. Mais avant de préciser les conditions qui font qu'un agent thérapeutique est plus apte qu'un autre à combattre une affection morbide, il conviendrait de savoir si quelqu'un a repris en sous-œuvre les expériences de M. Hahnemann relatives à l'action des substances médicamenteuses sur l'homme en santé. Les homœopathes n'en sont-ils pas réduits à répondre sur ce point: M. Hahnemann l'affirme, M. Hahnemann s'en est assuré? Je serais curieux vraiment d'en trouver un qui, la main sur la conscience, ne craignit pas de me certifier qu'il s'est donné une fièvre intermittente avec le quinquina, des dartres avec la douce-amère, une coxalgie avec la noix vomique, la chorée ou un état voisin de la folie avec la pomme épineuse, l'hydrophobie ou quelque chose d'approchant avec la belladone, l'épilepsie avec la jusquiame, le croup avec l'éponge brûlée et le sulfure de chaux, la coqueluche avec le *drosera rotundifera*, la sycose avec le *thuya occidentalis*, la dysenterie avec le sublimé corrosif, etc. Je serais curieux, dis-je, de faire cette trouvaille; elle ne me convertirait pas, sans doute; mais, encore un coup, je voudrais bien la faire!

En attendant, je me permettrai de consigner ici que lors de l'avant-dernière guerre d'Espagne, beaucoup de militaires, à ma connaissance firent usage du quinquina pour se préserver du typhus et d'autres maladies épidémiques qui ravageaient nos armées, et qu'aucun d'eux n'eut de fièvre d'accès, par suite au moins de l'emploi de ce moyen curatif; que l'administration long-temps continuée de la douce-amère détermine quelquefois à la périphérie une éruption miliaire, mais que cette éruption n'a pas le moindre rapport avec ce qu'on appelle *dartre*; qu'il est bien vrai que la pomme épineuse occasionne du délire et des convulsions, mais qu'il n'y a rien là qui ressemble à la chorée ou à l'aliénation mentale; qu'il m'est arrivé quelquefois dans les épidémies de scarlatine de prescrire la belladone comme préservatif de cet exanthème, et qu'aucun des enfans qui l'ont prise n'est devenu hydrophobe; que la jusquiame, l'éponge brûlée et le sulfure de chaux, le *drosera rotundifera*, le *thuya occidentalis*, etc., ne produisent pas plus qu'ils ne guérissent les maladies contre

lesquelles M. Hahnemann les recommande. J'ajouterai que la vaccine n'est point le remède homœopathique de la petite vérole, si tant est qu'il y ait des remèdes qui méritent ce nom. Il y a une très grande différence entre préserver d'un état pathologique et le guérir. Pour que la vaccine pût être de quelque utilité au système que je combats, il faudrait qu'on l'inoculât à un individu atteint de la variole et qu'elle fit disparaître celle-ci; or, cela n'a pas été observé. La congélation des membres est, dit-on, traitée avec succès par les frictions de glace: encore une fausse interprétation de la manière dont les agens thérapeutiques opèrent sur l'économie. Le froid détermine la congélation des tissus soumis à son influence en les privant du calorique qu'ils contiennent; les frictions avec la neige ou la glace, au contraire, y rappellent la chaleur et la vie; elles agissent par conséquent d'une manière très différente du froid, et l'on ne peut rien en conclure en faveur de l'homœopathie. N'est-il pas évident également qu'on a mal apprécié les cas de guérison de brûlures par l'essence de thérébentine ou l'alcool? Ces deux substances, en effet, n'apportent pas dans la partie brûlée une nouvelle quantité de calorique, loin de là, elles lui en ôtent; il n'y a donc aucune analogie entre leur mode d'action et celui du feu ou de l'eau bouillante.

Je ne pousserai pas plus loin ces réflexions sur les résultats divers que l'essai de l'action des médicamens sur l'homme en santé a procurés à M. Hahnemann. Il y a, je le reconnais, des remèdes qui produisent des symptômes semblables à ceux de quelques maladies naturelles. Le mercure donne lieu à des phénomènes morbides qui ressemblent jusqu'à un certain point à ceux de la syphilis; l'arsenic, le sublimé corrosif, le vert-de-gris, etc., déposés sur la membrane muqueuse digestive, occasionent une gastro-entérite très violente; mais, de toutes ces substances, le mercure seul est susceptible de guérir la maladie naturelle analogue à celle qu'il a fait naître; les autres les exaspèrent constamment.

Si l'on peut justement contester à M. Hahnemann tout ce qu'il a publié sur les phénomènes que déterminent les médicamens ingérés dans l'estomac d'un homme en santé, à plus forte raison peut-on refuser d'admettre ce qu'il dit de la manière dont ils effectuent la guérison des maladies contre lesquelles on les emploie.

Suivant lui, « lorsque les effets spécifiques d'un médicament sont parfaitement semblables à la maladie naturelle, ils atteignent les organes affectés de celle-ci. Mais comme deux maladies semblables ne sauraient exister simultanément dans le même point, et les affections déterminées artificiellement étant plus intenses que les naturelles, celles-ci cèdent et sont remplacées par les premières, qui ne tardent pas à être dissipées. »

Tout cela est erroné, inadmissible, entièrement dénué de vraisemblance. Nous venons de voir qu'il n'y a qu'un très petit nombre de remèdes qui aient la propriété de développer chez l'homme en santé des affections semblables aux affections naturelles. Nous avons vu également que parmi ces remèdes, il n'y a que le mercure qui soit susceptible de guérir la mala-

die naturelle analogue à celle qu'il fait naître. Que signifie dès-lors tout ce que M. Hahnemann dit des effets des agens thérapeutiques sur l'homme sain et sur l'homme souffrant? C'est un échafaudage que rien ne soutient et qui tombe de lui-même.

« La méthode homœopathique, établit-on encore, exige que les doses des médicamens soient infiniment plus petites que celles qu'on a coutume d'employer, et la raison de ceci est que les remèdes qui doivent agir homœopathiquement atteindront des parties déjà affectées par la maladie naturelle, et n'auront pas besoin de beaucoup de force pour surpasser cette dernière. Une dose plus élevée produirait des accidens très graves. »

Avec plus de sincérité et un peu de laisser aller, M. Hahnemann nous aurait dit: Je sais parfaitement que, lorsqu'on dépose sur un tissu phlogosé une substance stimulante, on en augmente l'inflammation, et c'est pour cela que je prescris les remèdes à des doses si minimes, qu'en définitive je n'administre que de l'eau ou du sucre de lait. Mais ce langage n'eût satisfait ni le vulgaire, qui aime le merveilleux, ni les personnes qui par goût courent après le changement, ni celles qui par spéculation se rattachent aux nouveautés, même les plus absurdes et les plus invraisemblables. On ne pouvait donc songer à un pareil moyen de succès, et M. Hahnemann nous a prouvé qu'il avait une grande connaissance des hommes quand il a posé en principe que plus la dose d'un médicament est faible, plus son action est forte (1). Nous avons cru jusqu'ici qu'un gros d'arsenic était beaucoup plus susceptible d'occasioner la mort qu'un quadrillionième ou un décillionième de grain de ce métal. Eh bien; nous étions dans l'erreur. Notre confrère d'Allemagne nous l'affirme; il ne le prouve pas, il est vrai, mais nous aurions mauvaise grâce de ne pas le croire.

Et puis, quel est le système qui ne donne pas prise à la critique. Les principes sont toujours bons, lorsqu'il en découle des conséquences précieuses pour la pratique. Or, qui ne connaît les faits extraordinaires, les cures miraculeuses qui viennent à l'appui de la méthode homœopathique! Quelques frondeurs objecteront peut-être que les cas dont on argue ici ont été généralement mal appréciés, et que dans la plupart on a pris pour cause ce qui n'est pas cause: *post hoc ergo propter hoc*. Mais, pour quitter le langage de l'ironie et parler sérieusement, je dirai qu'il y a des maladies, soit aiguës, soit chroniques, qui, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par des moyens insignifiants, ont constamment une issue heureuse. C'est à des affections de ce genre que se rattachent les faits réels de guérison dont s'étaient les homœopathes. Quant aux maladies vraiment graves que ces messieurs prétendent enlever sur-le-champ, ou réduire à de simples dérangemens de 24 à 48 heures, personne n'ignore que les hommes prévenus et systématiques ont une tendance particulière à l'exagération, et à ne voir que des choses favo-

(1) Cette proposition n'est pas textuellement dans les œuvres de M. Hahnemann, mais elle résulte implicitement de tout ce qu'il dit de la manière dont les médicamens agissent sur l'économie.

rables à leurs théories. La plupart sont de bonne foi sans doute, mais l'esprit humain est ainsi fait, et c'est là une de nos faiblesses : les opinions que nous créons ou que nous adoptons deviennent pour nous des objets de soins et de prédilection, nous nous plaisons à leur trouver des motifs de supériorité et de préférence, et l'ardeur que nous mettons à les défendre ou à les produire nous entraîne bien souvent malgré nous au-delà de la vérité. S'il en était autrement, nous n'aurions pas vu en médecine tant de systèmes naître, briller et mourir successivement pour faire place à d'autres qui ont eu ou auront la même destinée. Lors donc que les homœopathes nous parlent de pneumonies très intenses, d'affections typhoïdes, de fièvres intermittentes pernicieuses, etc., qu'ils ont guéries avec des doses infinitésimales d'aconit, de bryone, de rhus toxicodendrum, de quinquina, etc., on peut raisonnablement douter de la réalité de pareils faits : ces faits, pour être crus, ne doivent pas seulement être proclamés dans les livres et les journaux, ils doivent être démontrés, vus, de ses propres yeux vus, jusque-là on est en droit de les nier. Les hommes qui agissent sous l'influence d'une idée préconçue, ont, je le répète, une tendance particulière à l'exagération, ils se font même illusion avec une facilité si merveilleuse, que quelque probes et consciencieux qu'ils soient du reste, il y aurait presque de quoi récuser leur témoignage pour tout ce qui a trait à leur doctrine. Les expériences de M. Gueyrard à l'Hôtel-Dieu de Lyon n'ont nullement ébranlé ce médecin ; il n'en est pas moins toujours un vrai croyant en homœopathie, et n'en persiste pas moins surtout à nous entretenir des cures remarquables qu'il obtient. Nous avons ici un confrère qui marche sur ses traces ; il n'est bruit que de ses succès ; lui-même vient de publier qu'il a, depuis un an, recueilli deux mille observations de guérison dans les salles dont il est chargé à l'hôpital Saint-André. Eh bien ! le croira-t-on ? Un jeune docteur de la ville, qui pendant un mois a suivi sa clinique, lui a répondu dans le *Bulletin médical de Bordeaux* : 1° qu'il se trompait certainement sur le nombre de ses cures, puisque l'effectif des lits du service homœopathique n'ayant jamais été que de 104, il était impossible qu'il eût eu deux mille malades à soigner dans le courant de l'année ; 2° que plusieurs des individus qu'il prétend avoir guéris ont jeté les remèdes au lieu de les prendre, que d'autres ont été soumis à son insu à des médications diverses par le chirurgien chef interne, et que ceux chez qui la méthode homœopathique a été seule réellement employée, n'en ont pas retiré d'effets avantageux ; 3° qu'aucun de ses malades n'a été assujéti au régime prescrit par M. Hahnemann, attendu que celui qu'on suit à l'hôpital est et a été constamment le même pour tout l'établissement (1). Maintenant, je vous le demande, si ces assertions sont vraies (2), si dans le service du médecin qui nous occupe on a pu découvrir de telles inexactitudes, de

(1) *Bulletin médical de Bordeaux*, n. 23, t. 101.

(2) Et l'on ne saurait en douter, car, outre que les faits dont je viens de parler étaient pour ainsi dire de notoriété publique à Bordeaux, avant qu'ils eussent été signalés dans le *Bulletin médical* de cette ville, une polémique s'est engagée à ce sujet entre la médecine

tels abus, de telles infractions, quelle foi peut-on ajouter aux deux mille observations de guérison dont l'annonce fastueuse a paru dans un journal politique ?

Pour achever enfin de faire voir combien les préventions systématiques peuvent influencer sur notre jugement, j'ajouterai qu'un médecin militaire très distingué, et qui, à ce qu'il paraît, marque parmi les homœopathes du nord de la France, a envoyé à la Société royale de médecine de Bordeaux un mémoire dans lequel il dit : d'une part que l'homœopathie est entièrement dégagée d'hypothèses et d'explications hasardées, de l'autre qu'elle distingue dans les corps médicamenteux deux sortes de substances, l'une *dynamique*, agent impulsif, l'autre *matérielle*, contenant, coercitive. « Tant que le corps médicamenteux est dans son état naturel, la puissance dynamique ne peut se développer, elle est comprimée, renfermée dans une enveloppe plus ou moins compacte, qu'il s'agit de briser. La préparation spéciale a pour effet de dégager, de rendre libre l'agent dynamique. Celui-ci se trouvant dans son état de pureté ou de liberté, adhérant à un corps inerte (dragées de sucre), qui sert de véhicule, peut être mis en contact immédiat et intime avec l'organisme, qui en ressent l'effet dans toutes les ramifications nerveuses. — Ainsi l'homœopathie ne repose que sur des faits, ses partisans ne procèdent que le bâton de l'expérience à la main, et cependant elle distingue dans les corps médicamenteux deux substances, l'une dynamique, l'autre matérielle, l'une qui n'est pas matière (1), l'autre qui l'est ! En vérité, c'est bien pitié que des hommes instruits et que nous avons lieu de croire estimables, portent si loin le dévergondage du raisonnement, et puissent être à ce point dupes des illusions de leur esprit (2) !

AUGUSTE BONNET.

REPERTOIRE CLINIQUE.

Expériences homœopathiques tentées à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Cicéron a dit qu'il n'y avait point de chose absurde qui n'eût été dite par quelque philosophe. On peut avancer, avec autant de raison, qu'il n'y a point de médication absurde qui n'a t été proposée par quelque médecin.

A cela, les homœopathes répondent qu'il n'y a point de médication absurde qui ne soit peut-être bonne. C'est ce qu'il faut examiner, ou voir au moins pourquoi on la croit bonne.

Dès que l'homœopathie s'est montrée en

homœopatisme qui nous occupe et son adversaire, et tout l'avantage est resté à celui-ci. (Voyez les numéros 24, 25, 26 et 28 du *Bulletin médical de Bordeaux*.)

(1) C'est probablement là la pensée de l'auteur ; du moins est-on en droit de tirer cette induction qu'il fait d'une substance qu'il nomme *dynamique*, *puissance dynamique*, agent impulsif, par opposition à une autre qu'il qualifie de *matérielle*.

(2) On s'est aperçu sans doute que j'ai négligé de revenir sur l'opinion que M. Hahnemann a émise sur l'origine des maladies chroniques. Je l'ai fait à dessein : cette hypothèse, en effet, est tellement contraire aux principes établis dans la science, qu'il m'a paru vraiment inutile de chercher à la réfuter :

France, nous avons déclaré que nous n'y croyions pas. Pourquoi? parce que cette doctrine est incroyable, parce qu'elle va contre les règles connues de la logique médicale. — On nous a répondu que toute découverte nouvelle allait nécessairement contre les règles connues de la science antérieure. — Il n'en est rien : Newton a placé une hypothèse nouvelle devant l'hypothèse ancienne; Galilée a observé et conclu mieux que ses prédécesseurs, Lavoisier a changé la face de la chimie, Volta celle de la physique : mais ni Newton, ni Galilée, ni Lavoisier, ni Volta, n'ont été contre les règles universelles de l'observation : observant mieux, ils ont observé autre chose; voilà tout. Nous pensions, au contraire, que l'homœopathie, si elle était vraie, renversait la base de l'observation même, le bon sens universel, à savoir que l'infiniment petit, l'inappréciablement petit était plus puissant que l'appréciable; que, par exemple, ce qui était à un grain de sable, ce qu'un grain de sable est au globe terrestre était capable de produire des effets foudroyans.

Cependant des hommes honorables et amis s'occupaient sérieusement de cette nouveauté. Nous avons réfléchi et agi, pour savoir à quoi tenait ce phénomène. Nous réfléchîmes et agîmes long-temps encore; car, après le tour de l'homœopathie, ce sera le tour de quelque autre doctrine à-propos de laquelle il faudra de nouveau se poser cette éternelle question : « Comment des hommes de sens s'arrêtent-ils à cela? » La philosophie en est aujourd'hui à craindre le retour de la scolastique avec toutes ses arguties, celui de l'illumination avec toutes ses extravagances. La médecine n'a-t-elle pas à redouter la cabale et l'astrologie? Qu'on se rappelle tout ce que le choléra-morbus a produit de ridicules hypothèses et de folles pensées.

Un grand nombre de maladies abandonnées à elles-mêmes, pourvu qu'un art maladroit ne vienne pas en troubler le cours, et que les malades soient entourés des soins d'une bonne hygiène, tendent naturellement à la guérison : toutes les fièvres exanthématiques, intérieures ou extérieures en sont un exemple frappant. On perd de vue ce fait d'expérience.

Voici la preuve qu'on l'oublie :

Un étudiant qui commence à suivre les hôpitaux, voit guérir par plusieurs méthodes différentes, ou contraires, plusieurs maladies qui se ressemblent. Il en conclut que chacune de ces méthodes a guéri la maladie. C'est tout simple : on le lui dit.

Un jeune homme qui entre dans sa pratique, voit guérir ses malades également bien par plusieurs méthodes différentes, ou contraires. Il en conclut que chacune de ces méthodes a guéri la maladie. C'est tout simple : les malades le croient. Lui, est intéressé à le croire. D'ailleurs, n'exerce-t-il pas l'art de guérir?

D'où vient cela? de l'ignorance. Il ne faut pas craindre de le dire, de le redire : cela vient de l'ignorance. Nous n'étudions pas assez et nous connaissons mal la marche spontanée des maladies les plus naturelles, et le nombre des choses que nous n'avons jamais vues est si grand (à cause de l'infinité des choses que nous avons à voir!) que si, dans un cas donné, nous appliquons notre esprit à suivre les effets de notre

médication, nous avons de fort belles chances d'observer des effets purement naturels. Et si ce n'est pas seulement nous qui regardons avec une curiosité plus qu'ordinaire, mais encore le malade que nous avons *posté* pour vingt-quatre heures, ou vingt-quatre jours, à considérer anxieusement tout ce qui se passe en lui et hors de lui, de combien de merveilles ne va pas s'enrichir la thérapeutique. — Il faut dire la pathologie!

Depuis un certain nombre d'années, la médecine a été peu sage : brownienne ou anti-brownienne, elle a beaucoup interverti les rôles que la nature assigne à chaque organe dans les troubles de l'organisme, elle a été activement perturbatrice, et si les nouveaux systèmes se sont vantés de leurs succès, c'est à l'état de l'art qu'ils les doivent. Nous ne sommes pas dans un temps où beaucoup de gens puissent dire comme Fr. Hoffmann : « Pour moi, je puis attester avec une parfaite sincérité que depuis plus de cinquante ans que mes soins sont avantageux à une infinité de malades, je me suis toujours scrupuleusement abstenu de tous les remèdes violens, soit évacuans, calmans et altérans, tant dans les maladies aiguës que dans les chroniques; » tant dans les sujets faibles que vigoureux, et que j'ai eu le bonheur de réussir, avec le secours de Dieu, sans employer jamais que les plus doux, les plus sûrs, et ceux dont une longue expérience avait constaté les bons effets, ce qui a réellement demandé de la patience et le secours du temps; etc. J'ajoute avec la même franchise que cette pratique douce et sûre, a guéri parfaitement un nombre infini d'hypochondriaques, de mélancoliques, de maniaques, de cachectiques, de scorbutiques, d'hydropiques, d'asthmatiques, et de malades atteints de fièvres intermittentes opiniâtres. »

Fr. Hoffmann poussait la chose plus loin que nous ne la voudrions pousser : Il ne nous paraît pas possible qu'un si grand nombre de substances douées de vertus si actives soient mises à notre portée en pure perte. Quand le travail de l'art se bornerait à empêcher les malades de perdre leur *temps* et leur *patience*, ne serait-ce pas beaucoup? Et puis, s'il est vrai qu'avec le temps et la patience, la guérison se fait, il n'est pas moins vrai qu'avec le temps et la patience bien souvent les lésions organiques arrivent. Et puis encore, n'avons-nous pas le droit de nous vanter que nos ressources thérapeutiques sont plus étendues que du temps d'Hoffmann?

Que ses paroles d'expérience et de prudence ne soient donc pas prises à la lettre, mais qu'elles nous fassent sentir vivement ce que l'observation de tous les jours nous rappellerait, si nous le voulions : qu'il est bien facile d'attribuer à notre expérience thérapeutique ce que la marche spontanée de la maladie avait produit toute seule, et de regarder comme cause un agent dont la puissance a été complètement nulle.

Dans les faits qu'on va lire, deux puissances distinctes ont produit les phénomènes qui se sont passés sous nos yeux : 1° La maladie, marchant de son cours naturel; 2° L'imagination des malades montée à un certain ton par quel-

ques recommandations d'attention et de surveillance, faites pourtant avec simplicité.

Le temps nous manquait en effet pour exercer sur nos malades l'influence homœopathique d'une manière un peu profonde. Si déjà cette influence a eu les résultats qu'on va voir, quels ne doivent pas être les résultats obtenus par les disciples d'Hanemann, lorsqu'avec une extrême et une extraordinaire minutie ils passent en revue, non plus les symptômes, mais jusqu'aux sensations les plus fugaces qu'il soit possible d'éprouver; lorsqu'après avoir appris au patient à descendre en lui-même et à écouter jusques aux plus légères vibrations de ses fibres, ils lui font un devoir de tenir registre de ces observations, afin d'en rendre compte au médecin! Que le malade, après cela, soit un sujet impressionnable comme la plupart des malades; et calculez, si vous le pouvez, tout ce qui va naître dans son esprit dès que le médecin l'aura quitté. Voyez ce que va devenir le système nerveux et toutes les fonctions qu'il anime. Le médecin homœopathe n'agit point sur l'imagination des malades, comme jusqu'ici on l'avait fait, en mettant vivement en jeu quelque passion, la crainte ou l'espérance: Non, il les observe, il les pénètre; il les fascine, il les fatigue de ses regards et de ses interrogations, de ses longues notes écrites sur de longues colonnes qu'il lit et relit plusieurs fois devant eux, il les prépare aux grandes choses qui vont se passer; leur défend avec soin le plus grand nombre de leurs sensations possibles, et appelle cela le *régime*, cherche avec une profonde méditation le nom du médicament *specifique*, puis prononce ce nom d'une voix solennelle. C'est une méthode d'observer effectivement toute nouvelle, dotée d'une puissance immense, une manière de produire en quelques minutes, ou en quelques heures, l'hypochondrie la plus scrupuleuse et la plus invétérée. Aussi avons-nous assisté à la naissance d'une pathologie toute nouvelle, et a-t-on observé sur les malades des symptômes qu'on n'y avait jamais soupçonnés.

Pour nous, il n'est pas même douteux que la disposition d'esprit particulière qu'exige l'homœopathie des personnes saines qu'elle veut soumettre à ses expériences, ne rende toute expérience fautive et menteuse. En donnant sur-le-champ à un homme une imagination attentive sur tout, en lui ôtant les moindres de ses habitudes de vie et de régime; vous le changez, vous lui ajoutez un élément d'erreur d'une portée incalculable. Heureusement peut-être cet inconvénient capital porte avec lui son dédommagement. Dans leurs expériences sur les personnes saines, destinées à leur faire connaître l'action physiologique des médicaments, ce que les homœopathes désirent surtout ce sont des résultats constants. Or, qu'y a-t-il de plus capable de troubler la constance des résultats, que l'état physique et moral dans lequel se trouvent les expérimentateurs et les expérimentés? Ainsi le moindre défaut de ces expériences, est d'être impossibles et de ne pas être susceptibles de conclusions. — Nous ne demandons pas mieux que de résoudre la question cliniquement: nous tenions pourtant à présen-

ter au lecteur ces réflexions, comme plus tard à lui en présenter d'autres.

Plusieurs des élèves qui suivent la clinique de M. Récamier, et qu'un médecin homœopathe de nos amis avait choisis comme les plus instruits, les plus indépendans, les plus disposés à accepter la vérité d'où qu'elle vint, ont été soumis au régime homœopathique qu'ils ont rigoureusement observé; en même temps, ils ont pris chaque jour d'abord un, puis deux, puis dix, puis enfin jusqu'à quatre-vingts globules des médicaments les plus actifs: ces médicaments avaient été préparés chez M. Guibourt, seul pharmacien que les homœopathes avouent à Paris. Or, ces jeunes gens n'ont pas éprouvé le moindre effet sensible. Que penser alors de ce médecin homœopathe qui, pour avoir pris un décillionième, pour avoir respiré par les deux narines au lieu de ne respirer que par une seule, de l'alcool tenant en dissolution la quinquillionième partie d'un grain d'arnica, a failli être victime d'accidens apoplectiques?

M. le docteur Pigeaux, qui a déjà publié une partie de ces résultats, fit faire chez un pharmacien de Paris trois cents pilules avec de la farine de froment et de la gomme arabique; nous-même nous en fîmes faire trois cents autres chez M. Morin, pharmacien, rue d'Artois; elles étaient composées d'amidon. Tous nos malades furent mis scrupuleusement au régime homœopathique. Ils ne durent faire usage d'aucun parfum; ils s'abstinrent des acides, des choux, des oignons, et, en général, pendant la première partie de leur traitement, ils prirent des potages maigres, des laitages, un peu de viande, en un mot les alimens de nos hôpitaux qui devaient le moins contrarier un traitement homœopathique.

Nous séparerons nos malades en deux classes: ceux chez lesquels notre médication homœopathique a exercé une action réelle et puissante; ceux dont la maladie aiguë s'est modifiée tout naturellement, comme elle se fût modifiée indépendamment de toute action thérapeutique.

Il ne sera question aujourd'hui que de la première série.

1^{re} OBSERVATION. — *Aphonie durant depuis six semaines; administration de deux pilules d'amidon; symptômes extraordinaires; guérison après sept heures de traitement.* — Le 4 janvier 1834, une jeune fille de vingt ans entre à la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris, et fut couchée au n^o 39. Un an auparavant, elle avait éprouvé une aphonie qui avait cessé subitement au bout de quinze jours. Depuis le milieu de novembre 1833, elle avait une extinction de voix complète survenue à la suite d'un catharre bronchique. La menstruation était régulière. Nous attendîmes quelques jours pour juger l'influence que le repos et le régime de l'hôpital auraient sur la malade. Cependant les règles avaient paru, et comme l'aphonie ne se modifiait pas, nous résolûmes d'essayer le traitement homœopathique. En conséquence, nous prescrivons DEUX PILULES D'AMIDON; l'une fut prise devant nous, l'autre quatre heures après la visite.

Quelques instans après l'administration du premier *globule homœopathique*, maux de cœur, anxiété, bouillonnemens dans la poitrine, douleur dans le flanc et dans la région du cœur,

chaleur vive sueur, éruption ortiée sur la peau. Le second *globule* semble aggraver encore ces symptômes ; il survint un hoquet convulsif, à la suite duquel la malade tombe dans un profond sommeil. Deux heures après elle se réveille, et fut tout étonnée de pouvoir parler à haute voix. L'aphonie avait entièrement disparu. Le lendemain, il ne restait que de l'oppression et du mal de tête. La guérison ne se démentit pas, et, quelques jours après, notre malade sortit de l'Hôtel-Dieu.

2^e OBSERVATION. — Un homme de quarante ans entre à l'Hôtel-Dieu, dans les premiers jours de janvier 1834 et fut couché salle St-Bernard, n^o 75. Depuis long-temps il éprouvait de l'oppression, et, un an auparavant, il avait eu une hémoptysie légère. Ces commémoratifs, et l'examen attentif des divers symptômes offerts par ce malade, nous firent croire qu'il était atteint d'une phthisie tuberculeuse au premier degré : d'ailleurs notre diagnostic ne tarda pas à se confirmer, et, deux mois après, la présence des tubercules dans le poumon ne faisait de doute pour personne. Nous devons ajouter que cet homme était profondément hypochondriaque.

Nous le laissâmes sans traitement pendant quelques jours, et les symptômes ne se modifièrent en rien, il ne survint non plus aucun accident. Nous prescrivîmes alors quatre *globules homœopathiques* qui furent pris exactement à six heures d'intervalle. Ces prétendus globules homœopathiques étaient DES PILULES D'AMIDON. Une demi-heure après l'administration de chaque *globule*, sentiment d'oppression, anxiété, crachement de sang qui cesse après un quart d'heure. Nous ne saurions trop insister sur ce fait ; savoir : que les mêmes accidens se reproduisirent quatre fois de la même manière et exactement au même intervalle, après l'administration de chaque pilule. Ajoutons aussi que la sécrétion urinaire fut notablement augmentée. Pendant deux jours, nous cessâmes les *globules* pour les reprendre, et pour les cesser encore, et ainsi de suite pendant une quinzaine de jours ; et, chaque fois que nous les administrâmes, il y eut du mal de tête, de l'oppression, de l'accélération dans les mouvemens du cœur, de la diurèse, des douleurs vives dans tous les membres, phénomènes qui ne se montrèrent qu'à un degré beaucoup moindre, les jours que le malade ne prenait pas de *globules*.

3^e OBSERVATION. — Une jeune fille de vingt-trois ans, atteinte de phthisie pulmonaire au deuxième degré, et qui maintenant a succombé, fut également mise à l'usage de nos *globules*

homœopathiques. Il y avait de la fièvre hectique, de l'insomnie, une toux fébrile ; et chaque fois que nous donnions UNE PILULE D'AMIDON, la fièvre était moindre, la toux moins fatigante, et le sommeil meilleur. Le soulagement était si marqué que notre pauvre malade nous demandait en suppliant sa pilule calmante, et chaque fois qu'elle ne la prenait pas elle souffrait bien davantage. Cette jeune fille était couchée salle Saint-Paul, n^o 3.

4^e OBSERVATION. — Une femme est entrée à la salle Saint-Paul, au commencement de mars 1834, avec un érysipèle de la face. Elle a pris un de nos *globules homœopathiques*. Deux heures après, elle a ressenti des crampes d'estomac tellement violentes qu'elle était obligée de se retourner dans son lit et de se coucher sur le ventre ; en même temps son mal de tête a augmenté ainsi que la fièvre. Cet accident n'est arrivé qu'une seule fois dans le cours de la maladie, et c'est après l'administration d'une PILULE D'AMIDON.

Nous pourrions rapporter encore cinq à six observations de ce genre, dans lesquelles, avec les pilules d'amidon, nous avons développé une série de phénomènes extraordinaires qui ne se présentaient que lorsque les pilules étaient administrées.

Il est vrai de dire que plusieurs malades n'en ont éprouvé aucun effet sensible, quoique nous eussions entouré notre expérience des mêmes précautions et des mêmes circonstances.

De cette première partie de nos expériences il est permis de conclure que les substances les plus inertes, telles que l'AMIDON, administrées *homœopathiquement*, c'est-à-dire en agissant sur l'imagination des malades, produisent des effets tout aussi énergiques que les médicamens homœopathiques les plus puissans. Donc :

1^o De ce que les médicamens homœopathiques développent des phénomènes organiques, on n'est pas en droit de dire qu'ils soient plus actifs que les substances réputées les plus inertes par les homœopathes eux-mêmes.

Notre argument ne serait mauvais que si les agens homœopathiques produisaient toujours les mêmes effets primitifs, des effets analogues chez tous les malades ; mais il n'en est pas ainsi, et jamais homœopathe n'a observé ces effets constants que dans le secret de la pratique, et jamais dans un hôpital et surtout jamais dans un hôpital surveillé par un médecin qui fasse la médecine ordinaire.

A. TROUSSEAU, H. GOURAUD.
(La suite au prochain numéro.)

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

DU SIÈGE ET DE LA NATURE DES MALADIES MENTALES.

Discours prononcé devant l'administration de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, dans sa séance publique du 13 mai 1833, pour l'ouverture des cours de clinique sur l'aliénation mentale et les maladies syphilitiques et cuta-

nées, par ALEXANDRE BOTTEX, médecin de l'hôpital de l'Antiquaille.

Cet écrit n'est qu'un discours : il ne faut donc pas y chercher l'approfondissement de la matière si difficile et si délicate dont il est le sujet, mais on peut y trouver l'esprit qui anime les travaux de M. Bottex et la direction qu'il prétend imprimer à son enseignement.

En commençant sa brochure, le médecin de l'Antiquaille émet sur la connaissance et le traitement des maladies, une opinion bien hasardée, à savoir que *la thérapeutique doit être basée sur la connaissance exacte de la nature intime ou de la cause prochaine des maladies*; à ce propos même il cite le mot d'Hippocrate : « *Qui causam morbi agnovit, is facile poterit quæ conferunt asserre.* — Nous ne pouvons ici admettre ni la proposition de M. Bottex ni celle d'Hippocrate. Il nous semble au contraire que c'est pour avoir voulu fonder la thérapeutique sur la connaissance des causes prochaines qu'on est tombé dans tant et de si grandes erreurs, depuis le *laxum* et *strictum* de Thémison jusqu'à l'*irritation* de nos jours. La *nature intime* des phénomènes nous échappe presque toujours, et ce que nous en apercevons est si faiblement aperçu qu'il y a là une large carrière à l'arbitraire des spéculations, et conséquemment à la thérapeutique qui dériverait de ces spéculations. La vraie médecine, selon nous, la médecine réellement expérimentale est celle qui observe d'une part les phénomènes directs produits dans les maladies, leur ordre de filiation, leurs influences réciproques; d'autre part, les phénomènes qui peuvent être produits par nos médications, et les rapports qui existent entre ces deux séries de phénomènes. N'est-ce pas ainsi qu'ont agi tous les bons observateurs? Ce qui est resté d'eux, n'est ce pas ce qu'ils ont vu dans les maladies et dans leurs causes éloignées? Ce qui a été oublié, n'est-ce pas ce qu'ils ont imaginé sur la *nature intime* des troubles de l'organisme et sur les causes prochaines?

M. Bottex se propose ensuite de démontrer : 1° Que la folie n'est point une maladie de l'âme ou de l'esprit; mais une affection de l'organisme; 2° qu'elle a son siège essentiel dans le cerveau; 3° que le mode de lésion de ce viscère varie suivant le genre d'aliénation mentale.

Sur la première question, l'auteur démontre bien une partie de sa proposition, et nous ne pouvons pas ne pas penser, comme lui, que ce sont très généralement des causes agissant sur le cerveau, soit directement, soit sympathiquement, qui produisent la folie: Ainsi l'âge, les agents hygiéniques de toutes sortes, les liqueurs alcooliques, les poisons, les lésions extérieures, les maladies internes telles que la syphilis, le rhumatisme, etc. Mais pour les cas où la cause est toute morale, ou tout intellectuelle, c'est-à-dire agit *primitivement* sur notre âme, comme est une subite impression de tristesse ou de joie, est-ce le cerveau qui primitivement est malade, ou l'âme que M. Bottex admet, comme nous, au-delà du cerveau? Nous ne saurions le dire; seulement, la réponse que fait le médecin de Lyon nous paraît insuffisante: l'âme est *simple*, dit-il, et ne peut s'altérer, se modifier. Mais, qu'est-ce donc que la souffrance, que les passions, que le travail de notre pensée continuellement modifiée? N'abuse-t-on pas du mot *simple*, ou ne raisonne-t-on pas en supposant une notion, sur la nature de l'âme, que l'on n'a pas? Que M. Bottex revoie ce point de sa théorie.

Sur la cause prochaine de la manie et sur celle de la démence, M. Bottex admet que la

première est dans l'*irritation* et dans l'*inflammation* aiguë de l'encéphale, et que la seconde est dans les lésions organiques consécutives à cette irritation et à cette inflammation encéphaliques. Toutefois, comme la manie résiste quelquefois des mois et des années au traitement antiphlogistique, il en conclut que, dans ces cas, l'*irritation* est d'une nature particulière; que, par exemple, il lui est arrivé souvent d'attribuer la persistance d'une manie à une *metastase dartreuse*, et de voir ce diagnostic confirmé par les renseignements ultérieurs. Ce qui veut dire qu'il faut élargir le cercle des causes prochaines bien plus qu'on ne l'avait fait d'abord, puisqu'après les métastases dartreuses viennent nécessairement les métastases rhumatismales, les répercussions d'exanthèmes, les suppressions d'hémorrhagies naturelles ou acquises, et les mille causes *spéciales* qui donnent à l'*irritation* et à l'*inflammation* un caractère tellement *spécial* que les traits qui caractérisent ordinairement ce phénomène morbide sont alors perdus de vue.

M. Bottex paraît accepter l'explication des diverses monomanies par la pluralité des organes compris dans l'encéphale: mais cela semble être plutôt *a priori* que d'après ce que lui a appris, sous ce rapport, son expérience personnelle. Ainsi il a été frappé, comme tous les auteurs qui se sont occupés d'aliénation mentale, Pinel, Ha-lam, Georget, etc., de la tendance invincible de certains penchans; il cite quelques cas remarquables de monomanie homicide ou érotique. Mais il ne parle point des comparaisons qu'il aurait faites entre le développement des organes et le développement des fonctions, c'est-à-dire la violence des tendances spéciales.

Le discours de M. Bottex, si court qu'il soit, montre un esprit grave et digne de diriger un enseignement aussi important que celui des aliénations mentales. Nous le suivrons avec un grand intérêt, et nous serons heureux qu'il veuille bien enrichir notre recueil des résultats de ses recherches. Si nous nous sommes permis quelques réflexions critiques, c'est qu'il nous a semblé que certaines parties de sa théorie étaient incomplètes; nous avons voulu les recommander à la révision d'une conscience sévère et intelligente.

DES OFFICIERS DE SANTÉ ET DES JURYS MÉDICAUX CHARGÉS DE LEUR RÉCEPTION, par le baron RICHERAND.

Dans cette brochure de quelques pages, M. le professeur Richerand explique la naissance des jurys médicaux en ventôse de l'an XI par la nécessité où était, à cette époque, la société de créer à peu de frais un grand nombre de médecins; il pense cependant que, le nombre des docteurs croissant chaque jour, il est sage de ne plus admettre aujourd'hui qu'un seul ordre de médecins, pourvu que la loi qu'on fera n'ait aucun effet rétroactif. Ainsi M. Richerand ne voudrait pas que les jurys médicaux fussent *immédiatement* supprimés, et que les jeunes gens qui ont commencé leurs études sous l'empire de la loi de l'an XI perdissent les droits qu'ils ont acquis au titre futur de médecin. C'est donc un

mezzo termine qui concilie tous les intérêts que demande M. Richerand.

L'auteur de la brochure s'élève avec force contre le *droit d'exercice* imposé par la Commission à chaque membre de la profession médicale, aussi bien que contre l'institution des conseils médicaux qui seraient juges des actions médicales avec le droit d'infliger des peines là où ils auraient reconnu des délits. Nous partageons de tout point son avis sur ces deux questions : car la première condition des jurys médicaux, c'est le bon marché des études, c'est de faciliter à tous l'accès de la profession ; en un mot, c'est de réunir les avantages des jurys sans en avoir les inconvéniens. Quant à l'institution des conseils de pénalité, ce serait une telle at-

teinte à l'indépendance de la profession la plus délicate peut-être et la plus difficile à exercer, qu'on a peine à comprendre comment elle a pu être si longuement et si sérieusement discutée. Mais, mon Dieu ! que les médecins aient leurs conseils de pénalité, juges des actes de charlatanisme et de la conduite morale de chacun, puis que les poètes, que les artistes, que les gens de commerce, etc., nous imitent, c'en sera fait de toute liberté civile.

Nous ne pouvons admettre aussi bien l'opinion de M. Richerand sur l'établissement d'un grand nombre de facultés, qu'il regarde comme dangereux à la fois et impossible. Dans notre dernier numéro nous avons dit pourquoi.

* G.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Recherches sur le rachitisme chez les enfans ; par M. RUFZ, interne à l'Hôpital des Enfans.

Les histoires de rachitisme recueillies par l'auteur sont au nombre de vingt ; quelque faible qu'il soit, pour que toutes les conséquences qui résultent de leur analyse puissent être regardées comme rigoureuses, elles ne laissent pas que de mériter l'attention, en ce qu'elles tendent à infirmer quelques points de l'étiologie de cette affection qui, jusqu'à présent, ont été regardés comme incontestables.

L'âge est la seule circonstance qu'il ait reconnu avoir quelque influence sur la production de la maladie qui nous occupe, puisque treize de ces enfans n'avaient pas dépassé deux ans et demi ; quatre avaient trois ans ; les trois autres étaient âgés de cinq à onze ans ; il conclut, au contraire, que rien ne peut porter à penser que le rachitisme résulte d'une grossesse pénible, d'un accouchement prématuré, d'une fécondité épuisée par le nombre des enfans, de l'influence de vieux parens, d'un vice héréditaire de famille ou de quelque transformation du vice scrophuleux, toutes causes assignées au rachitisme. D'après la lecture du mémoire lui-même, nous ne saurions partager l'opinion de l'auteur en ce qui a rapport à l'influence de l'hérédité des scrophules ; en supposant même que les renseignements qui lui ont été fournis, dans six cas seulement, ne soient pas erronés, les conclusions qu'il en a tirées semblent trop absolues. Une fois il existait un grand-père, deux fois des cousines rachitiques ; une seule fois, il est vrai, on rencontra des scrophules dans la famille : c'était chez un frère de l'enfant. Or, je le demande, croit-on que sur six enfans pris au hasard, pourvu qu'ils ne fussent eux-mêmes ni scrophuleux, ni tuberculeux, ni rachitiques, on arriverait à des résultats analogues ? Pour démontrer que la maladie dont nous parlons n'a aucun rapport avec les scrophules, et n'en est pas une transformation, l'auteur s'appuie sur ce qu'aucun des enfans ne lui a offert de symptômes scrophuleux ; mais, comme il le dit lui-même, les scrophules sont très rares avant l'âge de trois ans, et trois seulement des enfans observés par lui, avaient dépassé cet âge. Si, d'ailleurs, placé long-temps dans un service d'enfans scrophuleux, il n'a jamais vu

de rachitiques offrir de vastes engorgemens ganglionnaires, des affections profondes des os, quelques-uns enfin des symptômes caractéristiques des scrophules, cela ne pourrait-il pas tenir à ce que, quoique lié à un même principe, le rachitisme serait une immunité contre les scrophules et réciproquement ; c'est ainsi que, dans une famille, on voit l'apparition d'une tumeur blanche être, pour l'un de ses membres, une espèce de sauve-garde contre les affections tuberculeuses qui atteignent tous les autres ; il ne serait donc pas impossible que, contrairement aux opinions de l'auteur, le rachitisme ne fût qu'une transformation des scrophules, quoique le compliquant rarement.

Il est, du reste, bien probable que les renseignements fournis par les parens à M. Rufz étaient inexacts ; les scrophules sont une maladie qu'on répugne toujours à avouer sans nécessité et ce n'est guère, ce me semble, que dans la pratique civile des petites villes surtout, que de semblables recherches peuvent être faites avec fruit.

En supposant même que dans les hôpitaux de Paris le rachitisme fût très rarement héréditaire, il ne me paraît pas juste de conclure qu'il en est ainsi d'une manière générale. N'est-il pas naturel, en effet, qu'il soit semblable aux scrophules, le rachitisme soit bien plus fréquemment accidentel dans les classes pauvres des grandes villes que parmi les personnes dont l'aisance, un séjour et un régime convenables, sont de nature à s'opposer à l'invasion de cette affection ? C'est donc parmi ces dernières qu'on devrait surtout rechercher le rachitisme transmis par hérédité.

Comme tous ces enfans avaient été élevés à la campagne où ils avaient été envoyés en nourrice, il semble d'abord qu'on est en droit de penser, avec M. Rufz, que le séjour des grandes villes n'a aucune influence sur le développement du rachitisme ; mais comme tous ont été élevés de cette manière, il n'est guère possible de prévoir ce qui serait arrivé s'ils avaient été nourris dans Paris même, et d'établir une comparaison ; d'ailleurs, ne conçoit-on pas que l'enfant reçoive dans le sein de sa mère même, d'une manière tout-à-fait accidentelle, le germe de cette maladie, la diathèse rachitique.

L'auteur a tout-à-fait négligé de rechercher

L'influence du vice syphilitique sur la maladie qui nous occupe, j'en dirai autant de celle de la diathèse tuberculeuse qui eût été fort intéressante à connaître, comme cette affection est plus fréquente entre l'âge d'un à trois ans, l'influence de l'alimentation se réduit à peu près à celle de la nourrice, mais il a été impossible de rien conclure à cet égard.

Comme sept de ces enfans n'avaient pas été vaccinés, la vaccine doit être regardée comme tout-à-fait innocente de la production du rachitisme.

Les signes de cette affection sont de trois sortes; les tuméfactions articulaires, les déformations dans la continuité des os, et leur déviation.

Des tuméfactions articulaires. Ces tuméfactions sont surtout très sensibles aux extrémités articulaires placées superficiellement, et dont les parties molles n'offrent pas une grande épaisseur; telles sont les articulations radio-carpienne, tibio-tarsienne, femoro-tibiale, cubito-humérale et sterno-claviculaire. La pression n'en est aucunement douloureuse; elles font paraître le membre moins long qu'il n'est en réalité; elles augmentent le nombre et la profondeur des plis, qui naturellement sont creusés au pourtour des articulations.

La déviation des membres est souvent tout simplement le résultat des tuméfactions articulaires, la difformité à laquelle on donne le nom de pied-bot reconnaît ordinairement pour cause la tuméfaction des malléoles du tibia ou du péroné, qui détournent le pied de son axe naturel et le jettent dans l'abduction ou dans l'adduction.

Les difformités que présentent les cagneux résultent principalement des courbures du fémur ou des os de la jambe; mais à un degré peu prononcé, elles peuvent dépendre de la tuméfaction des condyles inférieurs du fémur et de la dépression du condyle externe et du condyle interne du tibia.

La main est quelquefois déviée en dehors ou en dedans, à cause de la tuméfaction des cavités articulaires du radius ou du cubitus.

Quant au traitement, M. Ruz, d'après l'inspection anatomique des os et des organes, est porté à penser que les moyens orthopédiques sont indispensables; par la même raison, il convient de ne faire marcher que très tard les enfans qui offrent des apparences de rachitisme.

(Gaz. méd., février 1834.)

DESTRUCTION DU COL DE LA MATRICE, AVEC ABSENCE COMPLÈTE DE SON ORIFICE (1).

Opération césarienne vaginale pratiquée par le docteur CAFFE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il n'existe dans la science aucun fait d'oblitération complète du col de l'utérus, observé au moment de l'accouchement, et pouvant légitimer l'opération césarienne vaginale. On a souvent confondu avec cette lésion des rétrécissemens plus ou moins prononcés du col uté-

(1) Nous extrayons, dans son entier, l'observation suivante du *Journal hebdomadaire*, en y joignant les observations que le docteur Caffé a cru devoir y ajouter.

(N. du R.)

rin, et surtout des squirrhosités de cette partie. M. Désormeaux a observé des faits analogues. Dans un cas, une partie du col était squirrhueuse; la dilatation se fit sur le point opposé à l'induration, et l'accouchement se termina bien. Dans l'obliquité très prononcée du corps et du col de la matrice, le museau de tanche peut être dirigé sur un point très éloigné de l'axe du bassin, et faire croire à une absence du col ou à une oblitération complète de son orifice. Cette méprise a déjà été commise, et on a pratiqué l'opération césarienne vaginale pour cette seule déviation, tandis que la main aurait pu ramener le col dans l'axe convenable, surtout si, en même temps, on avait ordonné à la femme de cesser des efforts inutiles, dangereux, portant à faux tant que le col est dans une mauvaise direction.

Toutefois, je dois faire la part des cas assez graves où le corps de la matrice, faisant saillie et bombé dans le vagin, s'enflammerait, menacerait de se rompre, et présenterait même quelques traces de déchirure de ses fibres. L'auverjat, mandé pour un cas semblable, distinguant sur la tumeur une déchirure, n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de ses parois, et jugea l'opération indiquée sur ce point là même. L'incision faite et le doigt introduit dans la poche, il reconnut l'enfant, dont la sortie par cette ouverture artificielle fut précédée par beaucoup d'eau bourbeuse. Il s'ajouta encore une petite dilacération du côté droit: l'écoulement des lochies eut lieu à travers l'ouverture, qui se ferma par degrés. Deux mois après, le col et la matrice étaient dans leur état normal.

Une chute de matrice irréductible indique encore l'opération césarienne vaginale, lorsque le col ne peut être dilaté suffisamment, ou que la faiblesse de la malade n'en laisse pas le temps. Peut-être aussi cette opération devrait-elle être plus fréquemment pratiquée, dans ces convulsions violentes qui compromettent la vie de la femme, qui s'épuise en vains efforts pour dilater un col très tendu et presque inamovible.

Après avoir indiqué les causes qui peuvent, en quelque manière, autoriser l'opération césarienne vaginale, je reviens à celle qui fait le sujet de mon observation. Cette cause est assez rare pour que M. Velpeau ait pu dire avec raison (*Traité d'accouchement*, tom. II, p. 657-658): « Il est au moins très probable que la plupart des auteurs qui ont parlé de l'oblitération du col utérin, ont été induits en erreur par quelque déviation du museau de tanche. J'ai vu tant de fois déjà des praticiens, même exercés, affirmer que l'orifice vaginal de l'utérus n'existait pas, quand il était simplement relevé vers l'angle sacro-vertébral, qu'il me paraît facile de rapporter à cette méprise, la grande majorité des cas de prétendue oblitération du col. »

Cette opinion de M. Velpeau me paraît complètement justifiée par la lecture des observations publiées jusqu'à ce jour sur l'oblitération du col utérin. Mais il ne saurait plus en être ainsi après le fait dont je vais tracer l'histoire; car ce professeur est du nombre de ceux qui, à ma demande, ont bien voulu en constater l'authenticité.

Le 4 décembre 1833, à six heures du matin.

je fus appelé chez madame Mouray, sage-femme, Vieille rue du Temple, n° 110, pour aider de mes conseils une dame arrivée la veille au matin, et parvenue au terme de sa gestation. Cette dame, âgée de trente-neuf ans et huit mois, de bonne constitution, n'avait jamais eu que de passagères indispositions, trois accouchemens naturels, faciles, le dernier il y a environ huit ans. Sa grossesse actuelle, m'assurant-elle d'abord, n'avait donné lieu à aucun accident, et n'avait en rien dérangé sa santé ordinaire. Les douleurs pour accoucher persistaient depuis environ trente heures. La sage-femme, madame Mouray, avait, dès le commencement et à plusieurs reprises, porté le doigt au sommet du vagin; elle ne put jamais reconnaître la présence du col, ni aucun orifice.

Dans l'après-midi, elle fait prendre un bain à la malade, qui en éprouve un soulagement passager; mais les douleurs recommencent bientôt avec plus d'intensité, et sont accompagnées de contractions utérines, très manifestes lorsqu'on place la main sur les parois abdominales. Le vagin reste sec, point d'écoulement de sérosités. Madame Mouray, voyant bien qu'elle avait à faire à un cas anormal, jugea prudente l'intervention d'un médecin, qui dut hésiter pour reconnaître une oblitération complète du col, croyant sans doute qu'il avait à faire à une déviation de cet organe (il existait une médiocre antéversion du corps de la matrice), il proposa, comme moyen conditionnel, l'emploi d'un pessaire, voulant néanmoins en retarder l'introduction jusqu'au jour. Sa visite eut lieu sur les trois heures du matin; je fus prévenu dans cet intervalle, et sur les six heures je pus voir la malade. Instruit des commémoratifs déjà mentionnés, je procédai immédiatement au toucher, soit en faisant coulever la position horizontale, soit en faisant tenir la malade debout ou sur ses genoux. Dans toutes ces positions, et apportant l'attention la plus scrupuleuse, je reconnus l'état suivant: le vagin présente cinq pouces dans son diamètre vulvo-utérin; sa paroi supérieure; qui est fortement tuméfiée, produit une espèce de bourrelet remplissant une partie de la capacité du vagin resté rouge et sans mucosités. Le sommet du vagin se termine brusquement; il peut se comparer à un cylindre fermé, sans saillie aucune dans son intérieur, et sans aucune trace du col utérin; près de la paroi recto-vaginale, presque sur le raphé médian, on touche un repli d'une ligne de dimension, donnant la sensation d'une petite corde tendue; sur les côtés de ce repli et ailleurs, on ne peut distinguer le moindre orifice utérin, soit avec le doigt, soit en guidant sur ce dernier un petit stylet boutonné. Pendant les contractions violentes, la pulpe du doigt éprouve un mouvement communiqué, mais sans que l'utérus vienne à préminer au sommet du vagin.

Cet examen des parties achevé, force me fut de reconnaître un fait complètement nouveau pour moi, et dont je n'avais pas même rencontré d'analogie. Je jugeai l'opération césarienne vaginale indispensable; mais ne voulant rien précipiter, je fis part à la malade de la gravité de sa position et de sa rareté; je demandai que l'on m'adjoignit les conseils de professeurs d'ac-

couchement. Sur les huit heures, M. Hatin fut prié de venir; comme moi, il reconnut et apprécia les circonstances que j'ai énoncées. L'opération fut décidée pour quatre heures de relevée; à l'heure convenue nous revîmes la malade; les contractions utérines n'acquiesçaient pas une violence trop alarmante. M. Hatin me fit observer que l'état de cette femme permettait de temporiser encore, et que l'intérêt de la science, à laquelle ce cas se rattachait, exigeait que nous en rendissions témoins plusieurs hommes compétens, notamment M. Velpeau, qui, comme on l'a vu précédemment, niait la possibilité du fait.

En conséquence, renvoyant à une heure plus éloignée l'opération déterminée, en recommandant à madame Mouray, sage-femme instruite, la surveillance la plus active auprès de la malade, soit pour modérer ses douleurs, soit pour éviter tout mouvement inopportun, je pus bientôt amener M. Velpeau, professeur d'accouchement; M. le docteur Lenoir, prosecteur de la Faculté; M. Larcher, interne à l'hôpital de la Charité: tous, successivement, constatèrent mon diagnostic, et confirmèrent la nécessité de l'opération, que je pratiquai à onze heures moins un quart, en présence du professeur Hatin, de M. Roussel, prosecteur des cours et de M. Pertusio, médecin italien.

L'emploi du spéculum était impossible et tout-à-fait inutile, par la saillie du bourrelet muqueux du vagin, qui ne pouvait être refoulé, et d'autre part, vu l'extrême étroitesse de ce conduit. La femme, placée sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille, les cuisses et le bassin maintenus par des aides, j'introduisis sur l'index de la main gauche et à plat, un bistouri droit à lame étroite, recouverte d'une bande de toile jusqu'à six lignes de sa pointe, protégée par une boulette en cire. Arrivé au sommet du vagin, avec la main droite je relevai le bistouri, le dos regardant la pulpe du doigt conducteur, et divisai, couche par couche, la paroi antérieure de la matrice, en dirigeant l'incision du rectum vers la vessie, ayant soin de la circoncrire à cinq lignes environ d'étendue en hauteur; les contractions de l'utérus aidaient à la division. Après une section d'environ trois lignes de profondeur, je reconnus que j'avais divisé toute l'épaisseur de la paroi, et que j'étais arrivé dans la cavité utérine; en effet, aussitôt s'écoula près de quatre onces d'un liquide demi-consistant, de couleur lie de vin et tout-à-fait inodore. La tête de l'enfant se présente à l'ouverture dans la seconde position (occipito-cotyloïdienne droite): chacun des spectateurs s'assura par le toucher du résultat de l'incision. Pour éviter et prévenir toute déchirure, je porte de nouveau un bistouri boutonné, et encore garni de linge jusque près de cette extrémité; je pratique de dedans en dehors deux incisions latérales, l'une à droite, l'autre à gauche, dans l'étendue de quelques lignes seulement. La forme cruciale de ces incisions fut effacée à l'instant par une contraction utérine, qui rendit ovalaire et élargit de beaucoup l'ouverture, sans cependant donner lieu à l'une de ces déchirures regardées comme si graves par quelques auteurs, et qui seraient l'écueil de cette opération. Guidé par des connaissances anatomiques capables de

me rassurer, je n'hésitai pas à pratiquer une opération indispensable, malgré les craintes sérieuses que M. Velpeau avait manifestées sur ses résultats. De plus, en adoptant le principe du *débridement multiple*, proposé par M. Vidal (de Cassis) pour l'opération de la hernie et de la taille, j'étais sûr d'obtenir une dilatation considérable, sans dépasser les bornes au-delà desquelles l'opération devenait très dangereuse.

La femme n'accuse aucune douleur pendant l'opération; elle dit seulement éprouver la sensation et entendre le bruit d'une feuille de parchemin que l'on diviserait; il n'y a pas la plus légère hémorrhagie. La malade est replacée convenablement. Les douleurs de parturition se succèdent régulièrement. Une heure après, la sage-femme reçoit, en ma présence, un enfant vivant du sexe féminin et pesant sept livres; la délivrance ne se fit pas attendre.

Je touchai alors la malade, l'utérus revenu sur lui-même avait singulièrement restreint l'étendue de l'ouverture. Je jugeai inutile de placer entre les lèvres de la section une sonde en gomme élastique, une mèche ou tout autre corps, les lochies devaient empêcher l'adhérence. Les suites de couches furent des plus heureuses, aucun accident ne vint les traverser. Madame X. se leva le sixième jour, et le neuvième, elle quitta la sage-femme pour rentrer dans son domicile.

Depuis lors, jusqu'à ce jour, madame X. s'est présentée souvent à moi. Une ouverture d'un petit calibre et irrégulière se conserve au niveau du point de la matrice qui a supporté l'opération; on n'y distingue aucune saillie, aucune trace de col. Dès que l'écoulement des lochies eut cessé, j'eus la précaution d'introduire à plusieurs reprises, et de maintenir pendant quelques heures dans l'ouverture utérine, une bougie en gomme élastique, afin d'empêcher l'adhérence des bords de l'ouverture.

Environ vers la sixième semaine après ses couches, madame X., au sortir d'un bain, a vu suinter le flux menstruel; cet écoulement a été très peu marqué. On doit se rappeler que le sujet est âgé de près de quarante ans, qu'il est doué d'un tempérament sec et très peu sanguin; qu'en outre, avant cette dernière grossesse, à chaque époque, ses règles diminuaient de plus en plus de durée et de quantité. Au moment où je livre cet article à l'impression, j'apprends que la seconde époque menstruelle vient d'avoir lieu, plus abondante que la première, et sans aucune douleur.

La rareté de cette oblitération de matrice avec disparition du col, dont je viens de mentionner tous les détails, dut m'engager à en rechercher la cause; je la soupçonnais due à des accidens inflammatoires; mais ce ne fut pas sans peine et sans interrogations réitérés avec instance, pendant plusieurs jours, que je pus parvenir à confirmer ma prévision. L'opérée avait, pendant les premiers mois de sa grossesse, pratiqué des injections dans le vagin et jusque dans l'intérieur de la matrice, au moyen d'une sonde de gomme élastique, qu'elle introduisit elle-même, en se servant d'une solution de cendres de foyer: elle avait ressenti de très vives douleurs, intolérables, chaque fois qu'elle recommençait cette manœuvre. Elle aperçut aussi de

la suppuration et la chute de quelques pellicules.

La nécessité de l'opération césarienne vaginale, dans le cas qui nous occupe, m'était confirmée par tous les médecins qui ont vu la malade; en la retardant, on pouvait compromettre la vie de l'enfant, en ce moment encore en parfaite santé, et qui aurait infailliblement succombé à la violence des contractions utérines; la mort de la mère n'était pas moins certaine, par suite de rupture de la matrice en un point quelconque de ses parois, correspondant à la cavité abdominale. Aucun signe, en effet, ne saurait indiquer quelle est la partie des parois la plus mince, la moins résistante, et qui, par conséquent, aurait cédé sous les efforts de contraction.

La section de la matrice une fois commencée, devait avoir toute l'étendue suffisante pour éviter des déchirures sans limites déterminées, et toujours plus graves que les divisions méthodiques.

PHARMACIE.

Note sur les tœnias et les divers médicamens employés pour les détruire; par FÉLIX BOUTET. (Mars 1834.)

Les tœnias se rencontrent assez fréquemment en France, mais c'est dans la haute Italie et en Suisse qu'ils sont principalement répandus, et qu'il a été surtout facile d'étudier leurs caractères spécifiques et d'apprécier la valeur des divers médicamens proposés pour les détruire. M. le docteur Mayor, de Genève, s'est beaucoup occupé de ce sujet qui lui a fourni l'occasion d'enrichir la science d'observations curieuses. Je vais en indiquer ici quelques-unes qu'il a bien voulu me communiquer.

M. Mayor rejette le nom spécifique de *solium* qui a été indifféremment appliqué aux trois espèces de tœnia observées jusqu'ici, et n'admet que le tœnia armé et le botryocéphale.

Le premier se distingue parce que chacun de ses anneaux, qui est un animal distinct, porte, outre les parties de la génération, quatre suçoirs sur chaque face. D'ailleurs les intestins, ou plutôt l'estomac, contournés de manière à présenter plusieurs replis.

M. Mayor fait du tœnia botryocéphale deux espèces: le botryocéphale à anneaux longs et le botryocéphale à anneaux courts. On avait, avant le docteur Mayor, caractérisé deux espèces de tœnia par la longueur ou la brièveté des anneaux; mais c'est à lui qu'il faut rapporter les principaux détails du signalement qui va suivre.

Les tœnias botryocéphales, etc., diffèrent du tœnia armé, parce qu'ils ne portent sur chaque face de chaque anneau qu'un seul suçoir, qui est d'ailleurs accompagné des parties de la génération, parce que l'estomac et les intestins ne présentent pas de contours ou de replis.

On peut très bien reconnaître ces caractères en appliquant et faisant dessécher les tœnias sur des plaques de verre et les recouvrant d'un enduit qui les rende transparens, leurs organes le dessinent très distinctement.

Le botryocéphale à anneaux courts a six li-

gnes environ dans sa plus grande largeur, la longueur des anneaux est d'environ une ligne. Le suçoir se divise en houppes de plus de cinq ramifications, la longueur du ver va jusqu'à soixante pieds.

Le botryocéphale à anneaux longs a quatre lignes environ dans sa plus grande largeur, les anneaux ont à peu près deux lignes de longueur. Le suçoir se divise en houppes qui ne présentent que cinq ramifications; la longueur totale du ver ne dépasse pas vingt-cinq pieds.

Dans la pratique médicale il est très important de distinguer les différentes espèces de tœnia, car les divers moyens qui ont été recommandés pour les détruire ne réussissent pas également avec chaque espèce.

Ainsi l'huile de fougère chasse presque infailliblement le botryocéphale à anneaux longs, tandis que le botryocéphale à anneaux courts lui résiste le plus souvent, et exige, pour être expulsé, l'emploi de la poudre de racine de fougère ou de la décoction d'écorces de racine de grenadier sauvage; de son côté aussi le botryocéphale à anneaux longs résiste à ce dernier médicament.

Enfin la poudre d'étain et la décoction d'écorce de racine de grenadier sont les spécifiques les plus sûrs pour combattre le tœnia armé.

Il est facile de juger la nature du ver dont le malade est affecté, en examinant les fragmens qui ont été rendus.

La grande expérience que le docteur Mayor a pu acquérir pendant sa longue pratique à Genève, lui a permis de déterminer avec précision les doses et les modes de préparation et d'administration des tœnifuges. Je vais indiquer ici les principaux résultats de son observation.

La poudre d'étain se donne d'abord à la dose d'un scrupule sous forme d'opiat préparé avec du miel: cette dose peut être portée jusqu'à une demi-once s'il est nécessaire.

La poudre de racine de fougère doit être parfaitement verte, autrement elle ne produit point son effet.

On en prescrit trois à quatre gros délayés dans un mélange de trois onces d'eau de mélisse et d'une once de sirop de gomme. Cette potion se prend le soir: le lendemain matin on donne une once et demie d'huile de ricin.

L'huile de fougère s'emploie en pilules ou à l'état liquide.

En pilules, trente ou cinquante gouttes pour vingt-quatre pilules suivant la force des sujets. On prend douze pilules le soir, douze le lendemain matin, et une heure après une once et demie d'huile de ricin.

A l'état liquide, on prescrit depuis un demi-gros jusqu'à un gros d'huile de fougère, soit pure, soit mêlée avec de l'huile de ricin; mais d'ordinaire on ne donne celle-ci que plus tard.

La décoction d'écorce de racine de grenadier est préparée, à Genève, comme l'indique le formulaire de Jourdan. On fait bouillir deux onces d'écorce avec deux livres d'eau jusqu'à réduction d'un quart, la colature s'administre par prises de deux onces de demi-heure en demi-heure. Ces quatre prises suffisent ordinairement pour expulser le ver.

Il est bon de faire remarquer qu'à Paris les médecins prescrivent en général ce médicament d'une manière toute différente, et que, lorsqu'il est préparé avec exactitude, il ne manque presque jamais son effet.

La dose d'écorce est également de deux onces, la quantité d'eau de deux livres; mais la décoction est précédée d'une macération de douze heures dans l'eau froide, et doit elle-même se prolonger pendant deux heures à petit bouillon. On recueille quinze onces de colature que l'on administre en trois doses à d mi-heure d'intervalle, le matin à jeun. On prend deux onces d'huile de ricin la veille au soir, ou le matin même, et après la décoction de grenadier.

On emploie encore souvent à Genève l'essence de térébenthine rectifiée à la dose d'une demi-once à six gros, mêlés avec une once d'huile de ricin.

En Alsace, où il y a beaucoup de tœnias, on emploie avec succès l'huile empyreumatique de Chabert, que Bremser prescrivait aussi à Vienne.

Cette huile se prépare en mêlant :

Huile volatile de corne de cerf. ℥iv
Essence de térébenthine. ℥xii

Laissez digérer pendant quatre jours, et distillez jusqu'à ce que vous ayez obtenu douze onces de produit; la dose est de trente gouttes matin et soir.

(*Jour. de Pharm.*, mars 1834.)

—
De l'Hydrate de quinine; par MM. HENRY et DELONDRE.

Au mois d'octobre dernier, MM. Henry et Delondre avaient isolé de l'un des produits de l'extraction en grand de la quinine, une matière alcaline cristallisée qu'ils avaient présumée nouvelle, et désignée jusqu'à plus ample examen sous le nom de *quinidine*. En soumettant cette matière à une étude plus approfondie, ces chimistes ont reconnu qu'elle n'était autre chose que de l'hydrate de quinine, parfaitement pur et dont la facile cristallisation résultait de sa pureté.

Pour obtenir facilement cet hydrate de quinine cristallisé, ils ont proposé le moyen suivant.

On prend une solution aqueuse très étendue d'un sel de quinine tout-à-fait exempt de matière jaune et on la précipite par l'ammoniaque. Le précipité lavé convenablement est ensuite dissous dans l'alun à 32° et la solution est additionnée d'eau jusqu'à ce qu'elle devienne laiteuse. On l'abandonne alors à elle-même dans une capsule, qui au bout de quelques jours se trouve tapissée de cristaux radiés d'un très bel aspect.

De la Salsepareille, par M. THUBOEUF.

Nous avons déjà fait connaître dans l'avant-dernier numéro du Journal, une nouvelle substance, désignée par M. Batka, sous le nom d'*acid purillinique* et présentée par ce chimiste, comme le principe actif de la salsepareille. M. Thubœuf, pharmacien de Paris, qui, dès 1832 avait découvert et annoncé la *salsepa-*

rine, s'est assuré que l'acide purillinique de M. Batka n'était autre chose que la salseparine elle-même, et persiste à regarder cette dernière comme le véritable principe actif de la salsepareille.

Il lui a reconnu les propriétés suivantes :

Elle est blanche, inodore, presque anhydre, elle communique à l'eau la propriété de mousser par l'agitation, et la saveur âcre et amère des macérés de salsepareille. Elle est peu soluble dans l'eau froide, se dissout au contraire facilement dans l'eau bouillante, qui l'abandonne par le refroidissement. L'alcool la dissout en toute proportion et la laisse cristalliser par le refroidissement sous forme de paillettes. Elle est insoluble dans l'éther même bouillant, et n'exerce aucune action sur les réactifs colorés. Calcinée dans un creuset de platine, elle dégage une odeur piquante et ne laisse aucun résidu.

De la Colchicine et de l'Aconitine, par MM. GEIGER et HISSE.

On extrait la *Colchicine* des semences du *Colchicum autumnale* par un procédé semblable à celui qui fournit la daturine. Cette substance cristallise en aiguilles déliées, elle est inodore, d'une saveur très amère, puis âpre, mais elle n'offre pas l'âcreté de la vératrine, et d'ailleurs peut être portée dans les narines sans exciter l'éternuement, tandis qu'il suffit d'une parcelle de *vératrine* pour le provoquer avec violence.

La colchicine neutralise complètement les acides et forme avec eux des sels qui sont la plupart cristallisables et dont la saveur est âpre et amère. Elle se dissout dans l'eau, tandis que la vératrine y est insoluble. Cette dissolution précipite celle de platine. L'acide nitrique colore la colchicine en violet foncé et en bleu indigo, la couleur passe bientôt au vert et au jaune. L'acide sulfurique concentré la colore en jaune brun. La colchicine est très vénéneuse.

Un dixième de grain dissous dans un peu d'alcool faible, fut administré à un chat de huit semaines, il se forma aussitôt beaucoup d'écumine à la gueule, au bout d'une heure il y eût des déjections alvines liquides, et abondantes, auxquelles succédèrent des vomissemens. La marche de l'animal devint chancelante, il tomba, se roula de côté et d'autre, poussa des gémissemens et présenta une agitation convulsive. Les accidens augmentèrent graduellement d'intensité et se terminèrent par la mort qui eut lieu au bout de douze heures. A l'autopsie, on trouva l'estomac et le canal intestinal violemment enflammés avec épanchement de sang dans toute son étendue.

De l'Aconitine.

En 1832, M. Geiger avait conclu de quelques expériences physiologiques qu'il avait entreprises avec les aconites, que dans les aconites âcres il devait exister à côté du principe aisément destructible qui constitue cette âcreté, une substance narcotique tout-à-fait différente. Il avait observé en effet que des feuilles d'*Aconitum napellus*, dont la saveur n'était pas du tout âcre, jouissaient d'une ac-

tion narcotique énergique. Les recherches de M. Hisse sont venues à l'appui de cette conclusion. Ce chimiste a extrait l'aconitine des feuilles sèches de l'*Aconitum napellus*, à peu près par le même procédé qui a servi à préparer l'atropine avec la racine de belladone.

L'aconitine est blanche, grenue, sous forme d'une masse transparente, présentant l'éclat du verre, inaltérable à l'air, elle est inodore, d'une saveur amère, puis âcre, mais cette âcreté n'est ni aussi forte, ni aussi persistante que celle de la plante. Le principe âcre est intimement uni à l'aconitine impure; mais en combinant à plusieurs reprises cet alcali avec les acides, et décomposant le sel formé, on enlève peu à peu l'âcreté. L'aconitine pure est vénéneuse au plus haut degré. Un dixième de grain tue un moineau avec la rapidité de l'éclair. Portée sur l'œil elle produit une dilatation momentanée de la pupille. Elle est facilement fusible, non volatile, et fournit des produits ammoniacaux à la distillation sèche. Elle est peu soluble dans l'eau et se dissout au contraire en abondance dans l'alcool ou l'éther. Ses solutions sont alcalines. La solution aqueuse n'est pas précipitée par l'hydro-chlorate de platine. L'acide nitrique dissout l'aconitine sans la colorer. L'acide sulfurique la colore d'abord en jaune, puis en rouge amarante sale. Elle neutralise complètement les acides et forme des sels qui ont paru incristallisables comme l'aconitine elle-même.

Nouveau procédé pour obtenir le Kermès minéral.

A la suite d'un long mémoire, tendant à mettre en évidence la véritable nature du kermès minéral, M. Liebig indique le procédé suivant pour obtenir ce produit avec une couleur de feu très vive et l'apparence d'une poudre fine cristalline.

On mêle quatre parties de sulfure d'antimoine pulvérisé avec une partie de carbonate de soude desséché, et on chauffe à la chaleur rouge jusqu'à ce que la masse soit en fusion tranquille, en ayant soin d'éviter, pour remuer, l'emploi des instrumens de fer. La masse fondue est versée sur une brique, et réduite en poudre très fine: on fait ensuite bouillir une partie de cette poudre avec une solution de deux parties de carbonate de soude cristallisé dans seize pintes d'eau; la liqueur filtrée et abandonnée au refroidissement, dépose le kermès sous forme d'une poudre pesante.

On décante les eaux-mères, et on les fait de nouveau bouillir avec le résidu. On peut répéter plusieurs fois ces opérations, et on obtient à chaque refroidissement une quantité correspondante de kermès. Le produit fourni par ce procédé est, d'après l'auteur, beaucoup plus abondant que par le procédé de Chesal.

M. Liebig fait observer qu'il faut se garder de laver le kermès à l'eau chaude, parce qu'elle dissout l'oxide d'antimoine, et par suite altère la composition du kermès et fait éprouver une perte notable.

(*Journ. de pharm.*, mars 1834.)

FÉLIX BOUDET.

JOURNAUX ALLEMANDS.

RÉDUCTION, AU TRENTE-CINQUIÈME JOUR, D'UNE DOUBLE LUXATION DE LA MÂCHOIRE; par le docteur LOUIS STROMEYER, à Hanovre.

Amélie Elsner, âgée de vingt-trois ans, domestique, se luxa, en bâillant, la mâchoire des deux côtés. Le médecin de la maison méconnut la cause de l'ouverture permanente de la bouche, et l'attribua à une contracture des muscles, qu'il traita vainement, pendant quatre semaines, par l'opium, par les linimens, par les sinapismes. Au bout de ce temps, la luxation fut reconnue par un autre médecin; la réduction tentée par lui fut essayée encore par quatre ou cinq autres, la plupart doués d'une grande force. Toutes ces tentatives furent infructueuses. Alors il vint à l'idée au docteur Stromeyer de faire construire un instrument qui pût à la fois vaincre les adhérences déjà contractées par la tête de l'os, et produire le relâchement des muscles.

M. Stromeyer ne décrit point cet instrument, le dessin qu'il en donne devant suffire pour le faire connaître; comme nous ne pouvons reproduire la planche, nous donnerons une description succincte des objets qu'elle représente.

Qu'on se figure deux tiges d'acier quadrilatères, de sept à huit pouces de longueur, ayant quatre lignes d'épaisseur dans un sens, et deux dans l'autre, terminées à l'une de leurs extrémités par une plaque disposée en fer à cheval, de manière à s'appliquer exactement sur les arcades dentaires; percées chacune d'un trou à leur autre extrémité, qui s'élargit en forme de manche de cuiller. Ces deux tiges sont liées ensemble, comme les deux jambages d'une H, par deux plaques latérales, auxquelles elles sont fixées, la branche supérieure par deux clous rivés, à tête plate, l'inférieure par un seul, ce qui lui permet d'être mobile dans une certaine étendue. Un ressort placé entre les deux branches les fait diverger en deçà du point de réunion, et fait converger les plaques en fer à cheval placées au-delà du même point. A l'autre extrémité de l'instrument, une vis traverse les deux trous indiqués plus haut; elle est fixée dans celui de la branche inférieure par une petite tige de fer qui la traverse; elle glisse facilement dans le trou de la branche supérieure. Un écrou à oreilles, placé au-dessus de cette seconde branche, sert à en approcher la branche inférieure, au moyen de la longue vis fixée à celle-ci, et produit en conséquence l'écartement gradué des plaques en fer à cheval, lesquelles sont garnies, la supérieure en dessus, et l'inférieure en dessous, d'un cuir assez épais. La petite tige de fer qui traverse l'extrémité de la vis, dans l'épaisseur de la branche inférieure, offre cet avantage que, en la retirant, l'action du ressort ferme aussitôt l'instrument, et permet ainsi de le retirer, et d'introduire les pouces à sa place avant que les muscles se soient fortement contractés.

L'instrument que nous venons d'essayer de décrire fut mis en usage sur Amélie Elsner, le trente-cinquième jour après l'accident. L'arcade dentaire inférieure était écartée d'un bon pouce

de la supérieure, et elle la dépassait d'un demi-pouce en avant. Cependant les lèvres pouvaient être rapprochées sans effort; la parole, gênée pendant quelques jours, était redevenue distincte; la mastication s'exécutait incomplètement par les dernières molaires seules; la déglutition était libre et facile. On reconnaissait aisément les condyles, et l'enfoncement qu'ils laissaient entre eux et l'oreille; tout gonflement avait disparu.

L'instrument fut introduit fermé dans la bouche, et introduit jusqu'à ce que les extrémités du fer à cheval dépassassent les dernières molaires supérieures. Alors, en faisant tourner l'écrou, d'abord assez vite, puis un peu plus lentement, on écarta par degrés la plaque inférieure de la supérieure. A chaque tour on attendait un instant pour laisser calmer la douleur résultant de l'abaissement de la mâchoire inférieure. Les derniers tours firent entendre un bruit assez fort occasionné par le déchirement brusque des adhérences. Quand l'écartement des plaques fut d'environ trois quarts de pouce, le plus léger mouvement de l'écrou causait des douleurs atroces. Néanmoins on laissa l'instrument en place pendant plusieurs minutes; après quoi, tandis que M. Stromeyer le retirait avec rapidité, un autre chirurgien introduisit, avec une égale promptitude, ses deux pouces entre les mâchoires, et exécuta la manœuvre ordinaire. M. Stromeyer, débarrassé du spéculum, seconda cette manœuvre en poussant les condyles en arrière. De cette manière, la réduction fut opérée, non pas toutefois sans employer beaucoup de force. Par l'effet du relâchement des muscles, l'arcade dentaire inférieure faisait encore saillie au-devant de la supérieure, derrière laquelle elle ne tarda que fort peu de jours à reprendre sa place. Bientôt la guérison fut parfaite; il n'y a pas eu de récurrence.

Nous ajouterons peu de chose à cette observation, assez curieuse par elle-même. Le spéculum de M. Stromeyer diffère beaucoup de l'instrument de Junke. En effet, celui-ci n'est guère qu'une espèce de tenaille entre les branches de laquelle l'opérateur saisit la mâchoire inférieure; d'une main il tient l'extrémité des branches de l'instrument, de l'autre il le saisit près du menton, et abaisse avec lui la mâchoire, sans avoir besoin d'introduire les pouces. Ainsi l'instrument représente un levier du troisième genre, le plus désavantageux de tous, et qui a de plus, en ce cas, l'inconvénient de manquer d'un point d'appui fixe et solide. Celui de M. Stromeyer, au contraire, représente un levier du premier genre, à point d'appui fixe, à puissance lente, graduée, exempte de secousses. Nous croyons qu'on pourrait l'employer utilement même dans les luxations récentes, et alors l'introduction des pouces serait inutile, le condyle rentrant d'ordinaire de lui-même dans la cavité glénoïde aussitôt qu'il est parvenu sur la petite crête qui borne en avant cette cavité. (*Rust's Magazin für Heilkunde.*)

DE LA GUÉRISON DU PIED-BOT

Par la section du tendon d'Achille; par le docteur Stromeyer, à Hanovre.

Quoique plusieurs chirurgiens aient pratiqué la section du tendon d'Achille raccourci dans divers cas de claudication, ce n'en est pas moins à notre Delpech qu'appartient la gloire d'avoir régularisé et justifié cette opération en démontrant la formation d'une substance intermédiaire qui rétablit la continuité du tendon, et rétablit les mouvemens auxquels il est indispensable. On peut voir dans le second volume de son ouvrage sur l'orthomorphie, les règles qu'il prescrit et le procédé opératoire qu'il conseille. M. Stromeyer, à qui il faut savoir gré d'avoir hautement rendu justice à l'illustre chirurgien que nous avons si cruellement perdu, a eu deux occasions de pratiquer l'opération indiquée par Delpech, en s'écartant un peu toutefois de sa méthode. Nous regrettons d'être obligés de nous borner à une analyse rapide des faits cités par le savant professeur de Hanovre.

George Ehlers éprouva, sans cause connue, à l'âge de 4 ans, une déviation du pied gauche. Divers appareils furent employés d'abord avec quelques succès; mais bientôt survinrent des excoriations, des suppurations profondes, et enfin une carie du cinquième os du métatarse. Dès-lors on renonça à tout traitement; le malade ne marchait qu'à l'aide d'une espèce de jambe de bois sur le sommet de laquelle reposait la tubérosité ischiatique. Il se présenta, en 1830, à l'âge de 19 ans, à M. Stromeyer qui venait de fonder un établissement orthopédique.

A cette époque, les orteils étaient fortement fléchis et tournés en dedans, le bord externe du pied se trouvait précisément au-dessous de l'axe de la jambe, la contracture des muscles du mollet était telle que la jambe et le pied formaient une ligne droite.

La mobilité de l'articulation tibio-tarsienne était presque nulle, l'extrémité inférieure très amaigrie, le mollet rétracté jusqu'au pli du jarret, le genou déjeté par l'usage de la jambe de bois; les deux membres restaient néanmoins égaux en longueur, le coude-pied droit très élevé donnait au pied une forme approchant du *pesequinus*; cependant ses fonctions s'étaient toujours exécutées régulièrement. M. Stromeyer cite cette circonstance comme une preuve que la cause originelle du pied-bot a son siège dans la moelle épinière. Un appareil d'extension permanente produisit peu de bons résultats, et occasiona des excoriations que favorisait la disposition des parties à se couvrir de sueur. Alors on se décida à l'opération.

Le malade s'assit sur une table; un aide saisit le genou, un autre fléchissait le pied de manière à tendre autant que possible le tendon d'Achille. L'opérateur, armé d'un bistouri concave, à lame très étroite, se plaça devant lui. Il enfonça l'instrument entre le tendon et le tibia, le dos tourné vers l'os, jusqu'à ce que la pointe vint faire saillir la peau du côté opposé à l'ouverture. Alors, en augmentant la flexion du pied, le tendon s'appliqua comme de lui-même contre le tranchant du bistouri, et la section fut achevée sans que la peau fût ouverte ailleurs qu'à l'endroit de la ponction, laquelle

n'avait que juste la largeur de la lame du couteau. En agissant ainsi, on avait pour but de prévenir l'introduction de l'air, la suppuration et l'exfoliation.

L'opération fut à peine sanglante. La rétraction des bouts du tendon fut peu sensible, mais en forçant la flexion du pied, on portait l'écartement à trois quarts de pouce, sans que la forme du pied s'améliorât d'une manière notable. On couvrit la petite plaie d'un morceau de taffetas d'Angleterre, et l'on plaça, sur les côtés du tendon, deux compresses languettes maintenues à l'aide d'une bande dont le reste était appliqué autour du pied pour le retenir dans l'extension. Les muscles étaient trop émaciés pour que l'on songeât à employer une atelle. Le troisième jour, l'appareil fut levé, la petite plaie était cicatrisée, les bouts du tendon un peu gonflés; la flexion du pied n'agissait pas sur le bout supérieur. Le sixième jour la cicatrice tendineuse était formée, et le gonflement des parties réunies était à peine sensible. Le dixième jour, le sillon intermédiaire aux deux extrémités du tendon était considérablement réduit, et les mouvemens volontaires du pied agissaient sur le mollet; on pensa qu'il était temps de chercher à obtenir l'allongement de la cicatrice; on employa l'appareil que je vais tâcher de décrire d'après le dessin qu'en donne l'auteur, dessin qui n'est pas aussi intelligible qu'on pourrait le désirer.

On place la jambe malade sur un coussinet de balle d'avoine dans une gouttière en bois, où elle est maintenue par trois courroies rembourrées. Cette gouttière s'étend du pli du jarret à la partie moyenne du tendon d'Achille. Là, elle se termine par deux fortes atelles qui dépassent de sept à huit pouces l'extrémité du membre. Une large semelle en bois est retenue entre ces atelles, à la hauteur convenable, par deux bouillons en fer qui partent de son extrémité postérieure et qui lui servent de pivots. Tout au bout des atelles se trouve un tourillon terminé d'un côté par un carré où s'engage la clef qui le fait tourner; de l'autre, par une roue dentée, ou crémaillère circulaire, entre les dents de laquelle s'engage un crochet qui empêche la rotation rétrograde. Deux cardettes, enroulées autour du tourillon, se dirigent ensuite parallèlement aux atelles vers deux poulies de renvoi fixées sur les bords de la gouttière, puis se refléchissent et vont se fixer sur les deux côtés de la semelle, près de son extrémité antérieure. En tournant le tourillon d'un ou deux crans chaque jour, on ramène graduellement la semelle et le pied avec elle, jusqu'à ce que l'un et l'autre forment un angle droit avec la jambe. J'allais oublier de dire que deux courroies, fixées par un bout à la face interne des atelles, et s'engageant par l'autre dans deux boucles situées sur les côtés d'un cercle en cuir qui entoure le bas de la jambe, retiennent le talon appliqué contre la semelle.

Tel fut l'appareil employé par M. Stromeyer, pour le jeune Ehlers; le tourillon fut d'abord tourné avec beaucoup de précautions, car cette manœuvre excitait de vives douleurs, et l'on craignait de rompre la cicatrice en l'allongeant trop brusquement. A la fin de la première semaine, les douleurs avaient disparu, et au bout

de deux mois le pied formait un angle droit avec la jambe. Alors on fit porter au malade une botte, au côté externe de laquelle était placée une barre de fer, avec une charnière mobile vis-à-vis l'articulation du pied. Au moyen d'une vis, on pouvait, dit l'auteur, diminuer l'angle que le pied faisait avec la jambe, sans nuire à la mobilité de la charnière. Bientôt le pied ne tarda pas à conserver, quand on l'abandonnait à lui-même, sa position naturelle; la déviation du genou disparut par degrés, le membre guéri recouvra graduellement ses forces perdues par une longue immobilité; l'enflure qui avait été le résultat des premiers efforts du ma-

lade pour marcher céda lentement aux applications toniques et aromatiques, et la guérison, dès-lors incomplète, ne s'est pas démentie depuis.

Le second cas observé par M. Stromeyer présentait des circonstances non moins graves que le premier; l'opération fut suivie du même succès. Ce serait peut-être ici le lieu d'établir un parallèle entre le procédé mis en usage par Delpech, et celui qu'a imaginé le chirurgien allemand; mais je craindrais que ces détails ne m'entraînaient trop loin. Disons seulement que l'avantage est resté au dernier venu. (*Rust's magazin.*)

JOURNAUX ITALIENS.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

DE QUELQUES MALADIES QU'ON NE DOIT PAS GUÉRIR; mémoire lu à l'Académie médico-chirurgicale de Naples; par GENNARO GALBIATI.

Cette théorie n'est pas nouvelle. Les modernes, d'accord avec les anciens, reconnaissent plusieurs maladies qu'il serait dangereux de guérir, parce qu'elles seraient remplacées par de plus graves, et mettraient même la vie en danger. Les infirmités étant le partage de la vieillesse, on peut dire que certaines maladies ne nuisent pas à la longévité; que la santé du vieillard n'est qu'une maladie palliée.

Ce qui nous importe le plus, c'est de savoir, 1^o pourquoi il y a des maladies qu'il faut laisser subsister; 2^o quelles sont ces maladies.

1^o On doit respecter les maladies qui sont survenues à la suite d'autres maladies dont elles sont les crises. Si le malade exigeait qu'on entreprît de le guérir, le médecin devrait s'y refuser, et lui faire sentir que pour vivre désormais, il faut savoir souffrir.

Cotugus indique une autre classe de maladies de nature à être entretenues, celles qui se sont établies par l'habitude. Voici comme il s'exprime: « Les maladies locales auxquelles le corps s'est habitué ne doivent point être guéries, parce que l'habitude en a fait le soutien de l'existence. Or, on est fondé à regarder une maladie comme consacrée par l'habitude, lorsqu'une des parties du corps est altérée à tel point, qu'elle ne pourrait redevenir saine sans compromettre la vie elle-même. Je pourrais citer des exemples nombreux et évidens de personnes qui ont avancé leur mort par l'imprudence qu'elles ont eue de se délivrer de maladies locales qui leur permettaient de vivre, et peut-être les faisaient vivre. Mais je me bornerai à quelques exemples qui suffiront pour avertir les jeunes médecins, et les empêcher de nuire par leur inexpérience. Qu'ils sachent bien que s'ils ont la santé dans la main, ils ne doivent pas la donner à tous ceux qui la leur demandent, mais seulement à qui elle convient. »

2^o Le cadre des maladies qui ne doivent pas être guéries est beaucoup trop grand pour le tableau que M. Galbiati nous présente. L'auteur ne parle que des ulcères anciens, des cicatrices anciennes et de la rétention d'urine chez les vieillards.

Les médecins humoristes regardent comme très avantageux les écoulemens fournis par les anciens ulcères, les fistules, les fleurs blanches, etc. Ce sont à leurs yeux de précieux émonctoires que la nature s'est ouverte pour dépurer le sang de quelque acrimonie qui s'y était engendrée ou ne sait comment. Conséquens dans leur théorie, ils se donnent bien de garde de rien entreprendre qui puisse supprimer de tels écoulemens.

Brown pense autrement; il attaque tous les écoulemens, et use de tous les moyens pour les tarir.

M. Galbiati, frappé des suites funestes qu'ont eues à sa connaissance, tantôt l'entretien de ces écoulemens, tantôt leur suppression, tient dans sa pratique un certain milieu entre Brown et les humoristes.

Ces écoulemens ont-ils succédé à une maladie beaucoup plus grave, et l'ont-ils terminée absolument, de manière à passer pour en être la crise, il n'y touche pas, quelle que soit leur date, quels que soient l'ennui et l'importunité des malades. Seulement il resserre la sphère des ulcérations si elle est trop étendue, et diminue les écoulemens s'ils affaiblissent trop par leur abondance.

L'auteur nous intéresse moins dans ce qu'il dit sur les cicatrices anciennes. Nous convenons avec lui que les cicatrices voisines des articulations, notamment celles du genou, sont là très incommodes et gênent beaucoup les mouvemens; mais nous les accomplissons par un exercice augmenté avec modération et un surcroît de chaleur entretenu dans la partie au moyen des fumigations, de la laine, du taffetas gommé, etc. Nous ne savions pas qu'en Italie des chirurgiens avaient eu l'imprudence d'inciser ces cicatrices au genou, et nous ne sommes pas étonnés que les convulsions, le tétanos et la mort soient résultés d'une médication aussi cruelle, hors de toute proportion avec l'infirmité.

Les vieillards sont sujets à une rétention d'urine qu'ils prennent pour une incontinence de cette humeur. On sait ce qui cause leur méprise. Il y a d'abord réplétion de la vessie; mais le viscère étant paralysé, ne peut se désempir par la contraction de ses fibres musculaires, Cependant les uretères ne cessent pas de verser de l'urine dans la vessie, qui, distendue à son dernier point, laisse écouler le trop plein.

Si l'on en croit M. Galbiati, l'introduction d'une sonde de métal est capable de causer le plus grand mal aux vieillards affectés de cette infirmité, s'ils ont soixante ans, à cause de la présence de l'air atmosphérique qui saisit la vessie, l'irrite, l'enflamme et la sphacèle. D'où il infère qu'il ne faut tirer qu'une partie de l'urine dans les premiers temps de la rétention, afin d'épargner à la vessie une trop vive irritation; puis, une fois que la vessie se sera faite au contact ménagé de l'air atmosphérique, on procurera une évacuation complète avec une sonde de gomme élastique dépourvue de mandrin. Notre pratique ne s'accorde point avec celle du chirurgien italien. Nous avons vidé la vessie à des sexagénaires, avec une algalie, en pressant l'hypogastre, pour mettre à sec le viscère autant que possible, et nous n'avons point vu que l'air, prenant la place de l'urine, ait occasionné les accidens relatés. Ainsi nous continuerons à vider complètement la vessie avec une algalie, tout en admettant avec l'auteur que la sonde de gomme élastique est préférable à l'algalie, quand l'introduction n'est pas très difficile, et en recommandant aussi, nous, d'apprendre au vieillard à se sonder lui-même.

DES FUMIGATIONS DE TABAC DANS LA GOUTTE.

Le docteur de Gaglia éprouvait des atteintes irrégulières de goutte, lorsqu'enfin la maladie vint se fixer sur les mains. Il quitta le lit qu'il avait gardé jusqu'alors, et se mit à reprendre l'usage de la pipe. Comme il avait le doigt médian de la main droite extrêmement douloureux, il s'avisait de le fumer, en dirigeant toute la colonne de fumée sur l'articulation. La douleur commença bientôt à diminuer, et s'était totalement dissipée quand le goutteux posa la pipe. L'articulation du doigt entrepris était couverte d'une sueur visqueuse. Oncque depuis la goutte n'a reparu. Notre auteur en prit occasion de recommander son remède à d'autres goutteux, et il fait mention de trois individus qui ont été guéris plus ou moins vite en suivant son conseil. Le meilleur tabac pour cette fumigation est la feuille desséchée, sans préparation ni mélange. (*Annali universali di medicina*; vol. LXVIII.)

RÉFLEXIONS DU PROFESSEUR CARLO SPERANZA SUR UNE SUEUR VERTE OBSERVÉE PAR PRICHARD.

Prichard rapporte qu'une jeune fille, âgée de quatorze ans, tombée dans le marasme à la suite d'une fièvre rhumatismale persistante, éprouvait aux pieds une sueur abondante de couleur verdâtre. Cette sueur paraissait au dos et à la plante de l'un et l'autre pieds, et entre les orteils. Recueillie et soumise à une analyse chimique, elle fournit une gélatine siliceuse, mêlée de cuivre, facile à reconnaître, et en grande quantité.

L'auteur prétend que le métal s'est introduit dans le corps par l'intermédiaire du lait avec lequel la malade déjeunait habituellement, après l'avoir fait chauffer dans un vase de cuivre. Seulement il ne comprend pas comment les molécules cuivreuses, passant à l'état de vert-de-

gris, ont pu s'introduire impunément dans le sang, et en sortir aussi heureusement par la transpiration.

A la fin d'une longue dissertation sur divers phénomènes et produits morbides de la transpiration, le professeur Speranza en vient à dire ce qu'il pense de cette sueur de cuivre. Il ne peut croire, avec Prichard, que le cuivre ait été ingéré à l'état d'oxyde dans les organes digestifs, parce qu'il en serait résulté nécessairement un empoisonnement mortel. Il voit deux autres moyens d'expliquer cette étrange sueur: ou l'oxyde de cuivre existait naturellement dans le sang, ou il était le produit d'une sécrétion viciée dans l'organe cutané; et, pour se prononcer entre ces deux explications, il n'hésite pas à attribuer la formation de l'oxyde, non à l'idiosyncrasie du sujet; mais à un état pathologique.

DE L'EFFICACITÉ DE LA BIGNONIA CATALPA DANS L'ASTHME.

Encouragés par les succès que les médecins japonais, Kæempfer et Thunberg, avaient retirés de l'emploi de la *bignonia catalpa* dans diverses affections asthmatiques, plusieurs médecins de Naples, parmi lesquels le professeur de clinique Guis. Antonucci, ont tenté de nouveaux essais avec cette plante, et ont obtenu des résultats également satisfaisants. En administrant le matin une décoction faite avec les graines et le diaphragme de trois à quatre siliques de cette plante dans 12 onces d'eau qu'on fait réduire à 5 onces, et en donnant une autre potion de même nature le soir, les accès ont été de beaucoup diminués; en sorte qu'il ne leur paraît pas douteux que la *bignonia* ne soit un excellent calmant pour les voies aériennes.

Le signor del Grosso, pharmacien-chimiste, a fait l'analyse de cette plante; elle lui a donné les résultats suivans:

« Ayant extrait, dit-il, des siliques de *bignonia catalpa*, les semences et le diaphragme, j'en ai fait des décoctions répétées, que j'ai réunies ensemble pour les réduire, et j'ai vu tout d'abord surnager sur les décoctions une matière huileuse qui, en s'épaississant toujours, s'est réduite en une substance butyracée, granuleuse, douée des propriétés suivantes: couleur brun rougeâtre, saveur qui rappelle le beurre de cacao, odeur particulière; elle est onctueuse au toucher, et en la comprimant entre deux corps échauffés, elle fournit de l'huile fixe; elle est insoluble dans l'eau et dans l'alcool anhydre; elle se dissout complètement dans une solution de potasse caustique, avec laquelle elle forme une émulsion qui, étendue de beaucoup d'eau, précipite des flocons caséiformes. Réchauffée fortement, elle se fond et laisse sentir une odeur pyrogénée, fétide, un peu animalisée. »

« Environ 10 p. 100 d'une substance butyracée; de l'acide sulfurique en partie combiné à la chaux, en partie à l'état libre, et enfin un principe sucré incristallisable; » en sorte qu'il paraît probable que les propriétés médicamenteuses résident tout entières dans la substance butyracée.

III. — MÉLANGES.

BIOGRAPHIE MÉDICALE.



AMBROISE PARÉ.

Il n'est œuvre parlant de chirurgie dont la mouëlle ne soit comprise dans ses écrits:

J'ai passé les premières et les plus belles années de mes études médicales sans connaître les pères de la médecine, les anciens maîtres de l'art auquel je me suis consacré; et cette faute, que je tâche de réparer chaque jour de ma vie, plusieurs de mes condisciples l'ont commise avec moi. Tous ensemble nous avons cru pendant quelque temps que la science antique était fautive, insignifiante, inutile, et que la science nouvelle avec sa *précision*, son *positivisme* était la seule bonne, la seule qu'il fallût estimer. Cela fait peine de penser qu'une infinité de circonstances pouvait nous empêcher de jamais réparer cette faute, et nous mettre dans la nécessité d'exercer *indignement* notre profession, durant toute une vie!

Pour nous justifier d'avoir ainsi adoré les dieux du moment, les *dieux de passage*, qu'il nous soit permis de rejeter quelque chose sur le compte et le malheur des circonstances.

N'était-ce rien pour de jeunes élèves que de voir, il n'y a que quelque temps même, des hommes de vogue et de renommée ne nous parler des anciens que pour les livrer à notre pitié et les recommander à notre oubli? Ces hommes de labeur, de sagesse et de conscience ne nous étaient représentés que comme des êtres ridicules dont le langage, le costume, les pensées, les précep-

tes, tout enfin n'était bon qu'à nous amuser. Le nom de quelqu'un d'entre eux, descendu à propos d'une chaire, faisait rire tout un amphithéâtre, sans qu'aucune voix généreuse et reconnaissante osât alors protester. Mais il paraît qu'il ne vaut rien de chercher à déshonorer son père, et que la punition de ce crime est toujours prête à partir, car ceux qui médisaient ainsi de leurs maîtres se sont trouvés tout à coup sans élèves, et se sont trouvés moqués à leur tour; on est allé jusqu'à mépriser également leur personne et leurs œuvres. On est allé trop loin.

Les temps sont heureusement changés, l'époque d'une philosophie plus large, plus juste et plus reconnaissante, arrive, à n'en pas douter.

Dans cette manière d'envisager la science, on devra mettre et on mettra sur le même pied; on recherchera et on appréciera également les faits et leur explication. On ne refusera pas d'écouter les modernes, de regarder ceux qui vivent à côté de nous; mais on n'oubliera pas que les hommes d'un temps ne sont que les hommes d'un point, et que la science entière ne saurait être représentée que par le témoignage et l'accord des hommes des différents âges. *Novi veteribus non opponendi, sed quoad fieri potest, perpetuo jungendi fœdere.* (Baglivi. *Praxeos etc.*)

Le retour à a bonne philosophie de l'art , aux études sérieuses et générales de tous ses documens ne pourrait être contesté , et ne l'est réellement que par quelques hommes de mauvaise humeur. Mais cette disposition des esprits ne diminue en rien les peines de la tâche ; au contraire, l'étude est aujourd'hui plus fatigante et plus ingrate que jamais. Le nombre des livres est presque infini et les plus mauvais sont les plus gros. Le vrai et le faux , la science et la sottise , tout cela y est si bien mêlé , que le triage ne peut manquer d'être rude et long. La discussion n'est guère possible entre les hommes de notre temps ; elle suppose et exige plus de sincérité et de bon vouloir que nous n'en avons. Et la polémique , mauvaise et dangereuse de sa nature , s'est tellement souillée de nos jours , qu'un honnête homme jurera volontiers de n'y plus jamais recourir.

Que faire donc ? La première chose à faire , c'est de n'être pas injuste nous-mêmes envers ceux qui l'ont tant été , et de ne pas refuser à nos contemporains la part , quelle qu'elle soit , d'éloge et de reconnaissance qu'ils ont méritée. Certainement la science a marché devant nous , et il y a sur quelques points des progrès récents et incontestables ; mais qui pourrait dire aussi jusqu'où plusieurs se sont égarés ? Oui , l'on trouve encore parmi nous des hommes qui tiennent à la vérité , mais combien n'en nommerait-on pas dont l'improbité notoire , au moins comme savans , appelle sur tout ce qu'ils disent et ce qu'ils font , la défiance et le soupçon ?

Nous devons aux hommes de notre temps de les écouter , de les lire , de les croire , avec mesure et discernement ; mais nous nous devons à nous-mêmes de ne pas nous contenter seulement de ce qu'ils disent et de vouloir remonter continuellement aux sources pures et primitives.

Ce sont ces sources pures et primitives de la science que nous voudrions indiquer à ceux de notre âge , et même , osons bien le dire , vers lesquelles nous serions heureux de les diriger. Si le temps des études fortes , sérieuses , profondes , est revenu , où trouver une occupation plus digne et plus belle , que celle d'aller se faire des règles et des principes auprès de ceux qui ont le mieux pensé , parlé , agi parmi les hommes ? Il ne faut pas que nous tardions , car l'avenir , le temps , la vie ne sont à personne. Le génie , ce feu sacré , cette vue divine , nous a été refusé , allons au moins le contempler dans nos pères. Qui sait si nous ne pourrions pas ouvrir avec du courage , de l'opiniâtreté , de la patience , une carrière que d'autres rempliront d'un peu de leur talent !

Le premier homme dont nous avons quelques chose à dire , est Ambroise Paré. Son image vénérable commencera dignement la série que nous avons résolu d'*offrir* à nos souscripteurs ? Après lui viendra Stoll. Après Stoll , *successivement* , tous ceux qui , dans les différentes branches de notre art , se sont fait , un nom respecté , quel que soit leur pays , leur âge , leur sexe , leur langage et leur temps. C'est une véritable biographie médicale , choisie et méthodique , que nous voudrions donner à ceux qui se sont associés si franchement à notre entreprise , à nos espérances , à nos travaux , à nos succès.

Nous n'avons pas beaucoup de place pour

parler de Paré , c'est pourquoi nous supprimerons la plupart des particularités de sa vie , pour donner quelques-unes de ses pensées , de ses maximes ; quelques-uns de ses préceptes sur la science chirurgicale , qu'il appelait , *en son vocabulaire* , et à l'imitation du bon père Guidon (Guy de Chauliac) , sa *bien-aimée science de chirurgie*. C'est un malheur que la vie de Paré ne soit plus minutieusement connue et présente à l'esprit de tous , car je ne sais aucun maître qu'un jeune chirurgien finit par autant aimer et révéler que lui. En lui plus qu'en tout autre , il trouvera ce qui conduit , ce qui anime , ce qui inspire ; ce qui mène au succès , ce qui console d'un revers. Il y a bien quelque chose d'ajouté à la science depuis le jour de sa mort , tout n'est pas dans ses œuvres. Mais je les connais assez , ces œuvres , pour montrer à plusieurs , que tout ce qu'il y a de fondamental en notre art , a été connu , établi , découvert et pratiqué par ce grand homme.

Ambroise Paré naquit au commencement du seizième siècle à Laval , au Maine , de parens pauvres , et dont on ignore la profession. Son père lui enseigna d'abord tout ce qu'il savait , c'est-à-dire à lire et à écrire , et le mit ensuite chez un prêtre nommé Orsoy , pour y apprendre le latin. Il paraît que la pension de l'écolier , convenue entre le père et le maître , était très faible ou fut bien mal payée , puisqu'on trouve écrit que le maître , pour s'indemniser , arrachait l'enfant de l'étude et le faisait sarcler au jardin , panser la mule , ramasser du bois , etc. ; toutes occupations qui , au premier abord , paraissent peu propres à former un grand chirurgien. Peu de temps après , il fut placé , comme *apprentif* , chez un chirurgien de Laval nommé Vialot , et c'est là qu'ayant assisté dans une taille le lithothomiste Collot , il se sentit appelé à la profession chirurgicale , qu'il devait tant honorer dans la suite , et partit sur-le-champ pour Paris.

On y expliquait alors les commentaires de Lauriac , de Guy de Chauliac , et Goupil professait avec quelque éclat au collège royal de France.

Ce dernier distingua le jeune Paré , et pour lui être utile , il l'employait auprès de ses malades et lui laissait pratiquer quelques petites opérations. Les grosses il les gardait pour lui. Il contribua aussi à le faire attacher au sieur de Monte-Jean , colonel-général des gens de pied , qui l'emmena en Italie.

A son retour d'Italie , il prit ses grades au collège des chirurgiens de Saint-Edme à Paris , fut prévôt de cette compagnie. En 1550 , Henri II le nomma son premier chirurgien.

Ce fut presque aussitôt après que la petite garnison de Metz attaquée par l'empereur Charles-Quint en personne , à la tête d'une armée de cent vingt mille hommes , et consternée de voir que la mort était la suite de presque toutes les blessures , supplia le roi de lui envoyer Paré. Son arrivée à travers une infinité d'obstacles et de dangers fut regardée comme le plus grand bienfait du ciel. Généraux et soldats le portaient et le serraient tour à tour dans leurs bras. « *Le lendemain de ma venue* , dit-il , *je ne faillis daller à la bresche ou je trouvoy tous les princes et seigneurs , et me receurent avec une grande joie me faisant cet honneur que de m'embrasser et de me porter dans leurs bras ; adjoustant qu'ils n'avaient plus peur de mourir ,*

s'il advenait qu'ils fussent blessés. » Après le siège de Metz, Paré revint à Paris, où il demeura longues années, pendant lesquelles *il ne se trouva cure, tant grande et difficile fut elle, ou sa main et son conseil n'eussent été requis.*

Paré avait sur la nature et la pratique de son art les idées les plus vraies et les plus élevées qu'il soit possible d'avoir. *L'opération médicale appelée chirurgie, les œuvres de main qui guérissent les hommes lui paraissaient une occupation si belle, que les dieux devaient l'avoir enseignée ou pratiquée eux-mêmes.*

Sur la nécessité de la pratique : *La chirurgie, disait-il, s'apprend au doigt et à l'œil, la main doit besongner pour s'apprendre, mais elle ne doit besongner sans lumière de raison et principalement sans nécessité.*

Le chirurgien, disait-il encore, doit savoir contrefaire le médecin. Il contrefit si bien les médecins ignorans de ce temps-là, qu'ils le détestèrent et lui firent tout le mal possible.

Paré était savant ; Gourmelin, Daleschamps, Compagnon, Duchènes et autres gens de cette force l'accusèrent de ne pas savoir d'anatomie. Que pouvait une pareille accusation ? Paré savait l'anatomie de son temps.

Au temps de Paré, les opérations chirurgicales les plus communes, comme l'amputation, la réduction des luxations, le pansement des plaies, se faisaient d'une manière si barbare que les malades aimaient mieux mourir que de s'y soumettre, mouraient en la subissant ou quelque temps après. On versait de l'huile bouillante sur les membres amputés afin de prévenir ou d'arrêter l'hémorrhagie. Pour réduire certaines luxations, on hissait le malade au haut d'une échelle, on y attachait son membre et on laissait tomber son corps de son propre poids. Ou bien encore la corde attachée au membre était fixée à la vis d'un pressoir, et au moyen de cette puissance brutale, on allongeait et on arrachait le membre luxé.

Paré raconte en langage admirable comment il fut conduit à réformer et à remplacer cette opération plus digne d'un bourreau que d'un chirurgien.

Ambroise eut quelques ennemis, mais il en fut bien dédommagé par l'affection de tout ce que la France avait de plus auguste, de plus noble et de plus brave.

On lui reprochait aussi de vouloir publier partout les mystères de son art et de n'avoir aucun secret pour les *apprentis*. Jamais je ne changerai, disait-il à ses détracteurs, car *il faut entendre que tant plus notre bonne science est connue, tant plus elle est honorée et mérite de l'être.*

Ambroise Paré mourut à Paris le 20 décembre 1590, à l'âge de 60 ans. J. LEBAUDY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Dans les séances consacrées à la discussion de la partie du rapport qui est relative aux remèdes secrets, l'Académie n'a point fait de modification importante.

A propos du paragraphe sur le cumul de la Médecine et de la Pharmacie, qui défend, sous peine de 1000 francs d'amende, de cumuler l'exercice de la médecine et de la pharmacie, on a représenté que le cumul était nécessaire

pour les petites localités où il n'y a point de pharmacie établie ; M. le président de l'Académie a répondu qu'un article viendrait plus tard dans lequel ce cas serait prévu.

Au lieu de 500 fr., on a porté à 1000 fr. l'amende imposée au médecin qui enverrait toute sa clientèle à un pharmacien, à condition d'une remise sur le prix des médicamens.

Les médecins étrangers, réfugiés en France, qui voudront prendre leur grade à l'Université de France, seront reçus gratuitement, s'ils reçoivent des secours du gouvernement.

Des revaccinations. — Dans sa séance du 18 février, l'Académie avait entendu la lecture d'un travail de M. Salmade sur l'*inutilité des revaccinations*. M. Salmade prétendait 1° que la vaccine préservait toujours, et que les secondes étaient de fausses varioles qu'une observation superficielle avait fait prendre pour de véritables. — 2° Que la vaccine ne prenait jamais deux fois, et que, de même, les vaccines observées chez les sujets déjà vaccinés étaient de fausses vaccines.

M. Moreau a répondu à M. Salmade que, d'après son expérience personnelle, il ne pouvait douter que la vaccine ne pût prendre deux fois, comme la variole venir deux fois ; qu'il avait dernièrement vu se développer de beaux boutons de vaccine avec une marche fort régulière sur des individus qui portaient de très légitimes cicatrices.

M. Bouillaud ajoute qu'il est impossible de révoquer en doute la possibilité de la récurrence de la variole ; que dernièrement encore il a vu périr, d'une seconde variole, un étudiant en médecine.

M. Salmade convient que la variole peut se voir deux fois chez le même sujet ; il rappelle l'exemple du président d'Héricourt ; mais il ne voit pas que cela dise rien contre l'efficacité de la vaccine ; il voudrait voir l'Académie se prononcer contre le système des revaccinations et calmer ainsi les terreurs populaires qui doivent en résulter.

Quelques succès qu'eût obtenus M. Moreau de ses revaccinations, il y manquait pourtant une expérience : il fallait s'assurer des qualités préservatrices du second vaccin. C'est ce qu'a fait M. Bousquet. Ce médecin a vacciné le fils de M. Adelon, âgé de seize ans, très bien vacciné autrefois ; toutes les piqûres ont été suivies de boutons parfaits ; du pus a été recueilli sur ces boutons, et a été ensuite essayé sur quatre jeunes enfans concurremment avec du vaccin ordinaire. On faisait quatre piqûres de premier vaccin sur un bras et quatre piqûres de second vaccin sur l'autre bras ; les boutons se sont également développés des deux côtés. — M. Bousquet attribue à la différence des constitutions les succès différens obtenus des revaccinations. La constitution de cette année étant favorable aux exanthèmes, c'est là qu'il trouve la raison du résultat des expériences qui lui sont personnelles.

NOUVELLES.

— La première section du jury médical du département de la Seine, pour la réception des officiers de santé, aura lieu au mois d'avril prochain. Le registre d'inscription est ouvert dès à présent au secrétariat de la Faculté.

— Selon toute apparence, le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine ne sera pas

présenté aux Chambres cette année, de sorte qu'à supposer qu'il le fût à la session prochaine, et que la proposition de la Faculté concernant les officiers de santé fût adoptée, les jurys médicaux en recevraient encore pendant quatre années. C'est à tort d'ailleurs que l'annonce de cette loi a jeté l'alarme parmi les officiers de santé actuels; car, d'après le principe de non-rétroactivité qui domine toute loi, elle ne peut, dans aucun cas, les priver du droit d'exercice que leur confère leur diplôme.

— Le concours pour la chaire de clinique, vacante par la mort de M. Boyer, est annoncé pour le 1^{er} juin prochain.

— A la suite d'un concours ouvert à l'École de médecine de Paris, M. Antoine Andral a été nommé aide d'anatomie.

— Les concurrens inscrits pour le concours de la chaire de clinique d'accouchemens qui doit s'ouvrir le mois prochain à l'École de médecine de Paris, sont : MM. Baudelocque neveu, Bazignan, Paul Dubois, Hatin, Velpeau.

— Le 1^{er} juillet prochain, un concours pour une chaire d'accouchement s'ouvrira à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— M. Serre, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier, vient d'être nommé à la place de clinique chirurgicale, vacante par la mort de M. Delpech.

— Le 9 mars, M. le docteur Bennati, auteur de plusieurs mémoires sur les fonctions et sur les maladies des organes de la voix, a été renversé sur le boulevard par un cheval lancé au galop. Il a eu la tête fracassée sur le pavé, et, malgré les soins qui lui ont été prodigués par ses confrères et ses nombreux amis, il est mort douze heures après l'accident. Cette mort, si

triste et si malheureuse, a produit une profonde sensation dans la capitale.

— M. le docteur Chevreau, chirurgien en chef du corps d'occupation d'Afrique, vient de mourir, à l'âge de 59 ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— Un très grand nombre de médecins belges, parmi lesquels on remarque comme signataires les principaux médecins de la ville de Gand, viennent d'adresser à la chambre des représentans une requête sur les abus résultant de la loi du 12 mars et de l'arrêté du 31 mai 1818, en vertu desquels le médecin est soumis, pour tous les actes de sa profession, à la tutelle d'une commission composée de sept à huit de ses confrères.

Les propositions suivantes sont la base de la loi qu'ils provoquent :

Les dispositions de la loi du 12 mars et de l'arrêté du 31 mai 1818, relatives à la nomination des membres composant les commissions médicales provinciales seraient rapportées.

En conséquence, ces commissions seraient dissoutes et remplacées par des conseils médicaux provinciaux.

Ces conseils seraient composés de douze à quinze membres élus au scrutin secret par tous les individus exerçant légalement une branche quelconque de l'art de guérir.

Le choix du président, du vice-président et du secrétaire, serait fait par le roi sur la présentation de la liste de tous les membres élus.

Les fonctions des présidens et membres de ces conseils seraient gratuites. Le secrétaire seul serait indemnisé.

Les conseils se renouvelleraient par moitié tous les trois ans.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

(ERRATA : N^o VII DU JOURNAL, mois de mars, page 224, dernier alinéa, au lieu de dite, lisez dire; au lieu de au-dessus du bras, lisez au-dessous du bras.)

PL. VIII. RÉGION ANTI-BRACHIALE MUSCULAIRE OU PROFONDE.

A, face antérieure du bras; B, face antérieure de l'avant-bras, près du poignet; C, bord externe ou radial; D, bord interne ou cubital de l'avant-bras; E, Épitrochlée; — *aa*, *bbbb*, *cc*, coupe de la peau au-devant du bras, sur le bord externe et au bas de la face antérieure de l'avant-bras; *ddd*, la peau du bras et de l'avant-bras, renversée; *eee*, l'aponévrose du bras; *f*, expansion aponévrotique du tendon du biceps; *ggg*, la même expansion descendant sur les muscles de l'épitrochlée, *hhh*, cloison transversale de l'aponévrose du bras, qui sépare les muscles superficiels et les muscles profonds de l'avant-bras.

1 1 1, extrémité inférieure du muscle biceps; 2, le tendon du même muscle; 3 3 3, portion de la face antérieure du muscle brachial antérieur; 4 4 4, face antérieure du muscle long supinateur; 5 5 5 5 5, côté antérieur du muscle rond pronateur; 6 6 6 6 6, muscle grand palmaire; 7 7 7, muscle petit palmaire; 8 8 8, muscle cubital antérieur; 10 10, 11 11, 12 12, portion du muscle fléchisseur superficiel des doigts postérieur;

1', 2', tendon des muscles court extenseur et long abducteur du pouce; 3' 3', 4' 4', tendon des muscles premier radial externe et long supinateur; 5' 5', 6' 6', tendon des muscles grand et petit palmaires; 7' 7', 8' 8', tendon d'une portion du muscle fléchisseur superficiel et du cubital antérieur; 13', rameau artériel allant au long pronateur; 13 13, artère brachiale; 14, artère radiale; 14', rameau allant au grand supinateur; 15, artère cubitale; 16 16, artère radiale au-dessus du poignet; 17 17, artère cubitale à la même hauteur; 20 20, racines de la veine médiane de l'avant-bras; 21 21 21, veine médiane de l'avant-bras; 22, veines cubitales antérieures ou basiliques de l'avant-bras; 23 23, 24 24 24, 25 25, veines cubitales mêmes; 26, veines cubitales postérieures; 27, tronc réunissant les veines cubitales antérieures et postérieures et allant former, 28, la veine basilique du bras; C' C' C' C', communications veineuses; 29, veine médiane basiliques; 30, veine médiane céphalique; 31, veine anormale venant de la partie postérieure du pli du bras; 32, veine céphalique; 33 33, veine radicale profonde; 33 33 33, veines humérales profondes; 40 40 40 40, divisions principales du nerf cutané interne; 41 41, nerf cutané externe ou musculo-cutané; 42 nerf médian, 43 43, rameaux externes de la branche antérieure du nerf radial.

JACQUES LEBAUDY.

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° IX, MAI. — 1834.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

TRAITEMENT DES CORPS OU POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS.

Quand les tumeurs fibreuses sont développées entre l'utérus et le péritoine, et qu'elles font saillie dans le ventre; quand on est certain qu'elles ont un pédicule, ce dont on peut se convaincre par la grande mobilité qu'elles présentent dans le ventre, que faut-il faire? Peut-on les exciser? Quelques personnes l'ont tentée. M. Lacaze, entre autres, a fait cette opération sur une dame qui portait depuis assez longtemps une tumeur très mobile dans le ventre; tumeur qui l'incommodait beaucoup. La malade périt trente-six heures après l'opération d'une inflammation suraiguë du péritoine. M. Dupuytren fut appelé quelques années après cet accident chez une dame anglaise qui portait dans le ventre une tumeur du volume de la tête d'un enfant d'un an; cette tumeur était très mobile et paraissait très-évidemment pédiculée. Cette dame était persuadée que rien n'était plus facile que d'enlever cette tumeur. M. Dupuytren, éclairé par l'insuccès de M. Lacaze, refusa de faire cette opération. Il ne faut donc jamais toucher à ces tumeurs fibreuses de l'utérus qui font saillie dans la cavité abdominale, car l'inflammation de la plus vaste membrane séreuse du corps est presque inévitable dans cette opération, et la mort en est le résultat ordinaire.

Il est vrai que les femmes éprouvent pendant tout le reste de leur vie de graves incommodités résultant de la présence de ces tumeurs dans le ventre. Mais il vaut mieux les laisser vivre avec ces incommodités que de les exposer à mourir des suites d'une opération si chanceuse. Ces incommodités consistent principalement en une pesanteur et des douleurs dans le ventre, en une augmentation de volume dans cette partie, augmentation qui est quelquefois énorme, difficulté dans les digestions et la respiration, etc.; incommodités qui augmentent ou diminuent alternativement, et ne cessent qu'avec la vie.

Les corps fibreux développés dans l'épaisseur de l'utérus sont également inattaquables.

C'est donc seulement quand les polypes naissent de la cavité utérine ou du col qu'ils sont attaquables par les méthodes et procédés de la chirurgie; c'est-à-dire attaquables avec des chances variées de succès.

On a proposé un grand nombre de méthodes et procédés opératoires pour débarrasser les malades des polypes fibreux.

L'arrachement, moyen si dangereux, est abandonné, ainsi que la torsion seule ou combinée avec l'arrachement; le broiement ne paraît pas

devoir obtenir de vogue, et est aussi peu sûr et aussi dangereux que les précédents. Les caustiques sont repoussés avec raison par tous les praticiens sensés, ainsi que le cautère actuel. Il ne reste donc plus que la *ligature* et l'*excision* qui sont les seules méthodes entre lesquelles il est permis de balancer actuellement.

La *ligature* est une opération difficile. On réussit très rarement à la faire d'une manière parfaitement exacte; la preuve en est surtout dans la multiplicité des instrumens qui ont été imaginés dans ce but. La douleur que la ligature détermine n'est rien ou presque rien. Le danger réside surtout dans l'adynamie ou dans l'ataxie qui surviennent à la suite de la décomposition qui s'empare de la tumeur. Pendant un, deux, trois ou quatre jours après la ligature, tout paraît en bon état, mais on est étonné de voir après ce laps de temps des phénomènes d'adynamie se manifester, et aller toujours en augmentant malgré l'emploi des toniques. Les antiphlogistiques échouent également, quoiqu'il existe une métrite ou une métrite-péritonite, ou une phlébite des veines de l'utérus ou de celles du bassin. Très souvent cette ligature est accompagnée des accidens les plus formidables et de la mort. Parmi les exemples nombreux de terminaison funeste, nous citerons l'observation suivante, qui a été recueillie par M. Bérard jeune, et dont l'un de nous (M. Paillard) a été témoin à l'hôpital Saint-Louis, lorsqu'il y était interne. (5^e examen, 17 février 1829.)

Une femme de 59 ans, mariée, ayant eu des enfans sans accouchement laborieux, le dernier depuis 13 ans, n'étant plus réglée depuis l'âge de 51 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 1^{er} août 1824. Elle offrait une tumeur considérable qui sortait par la vulve et pendait entre les cuisses. Le commémoratif n'apprit rien touchant la cause probable ni le commencement de la maladie; seulement, depuis deux ans, cette femme s'était aperçue de la présence d'un corps étranger dans le vagin, elle avait éprouvé quelques hémorragies utérines qu'elle avait regardées comme appartenant encore à son temps critique; le vagin était le siège habituel d'un écoulement très abondant et assez fétide au moment où la malade entra à l'hôpital.

En examinant avec soin la tumeur et les parties génitales de cette femme, il fut très facile de reconnaître un polype; sa consistance molle, son indolence, l'absence d'ouverture en aucun point de sa surface, le distinguaient suffisamment de l'utérus, descendu hors du bassin; d'une autre part le doigt pouvait remonter entre le corps étranger et les parois du vagin, jusqu'au niveau du col de l'utérus, que l'on sentait dilaté

et même ramolli, comme dans le commencement du travail de l'accouchement. On ne trouvait aucune adhérence entre les parois du vagin ni du col de l'utérus et le polype. M. Jules Cloquet procéda à la ligature de la manière suivante. La femme, placée sur le bord du lit, en travers, les cuisses écartées, fléchies, les jambes fléchies sur les cuisses, la tête soulevée par des oreillers afin d'éviter les contractions des muscles abdominaux; M. Cloquet, situé entre les cuisses de la malade, se servit des pinces dites de Desault; bien que long-temps avant lui on en connût le mécanisme, ce n'est qu'avec assez de difficulté que les instrumens furent portés dans le fond de l'utérus, à cause du volume de la tumeur, et surtout qu'une des pinces fut promenée circulairement autour du pédicule, de manière à venir rejoindre celle qui était immobile; cependant M. Cloquet en vint à bout sans avoir fait éprouver à la malade de vives souffrances, et sans avoir déterminé autre chose qu'un léger écoulement de sang, dû sans doute à la lésion de quelques vésicules placées dans le pédicule du polype. Le serre-nœud de Desault fut également employé, et la ligature, faite avec une forte ficelle, fut serrée assez fortement dès le premier instant pour étrangler complètement le pédicule de la tumeur. La journée se passa sans accident; dès le lendemain il y avait un écoulement horriblement fétide par le vagin. La ligature fut resserée et la malade tenue à la diète; embrocations émollientes, cataplasmes émolliens sur l'abdomen, nul symptôme de péritonite ni de métrite. Le soir du second jour la malade n'avait pas uriné depuis le matin, l'écoulement, toujours très fétide, avait beaucoup diminué. Je fus appelé pour faire le cathétérisme. Cette opération était rendue difficile par la présence de la tumeur, qui remontait avec élasticité vers le pubis. Cependant ma sonde ayant pénétré à une certaine profondeur, il s'écoula une grande quantité d'un liquide noirâtre, d'une fétidité insupportable, entraînant des débris de matière animale décomposée. Surpris d'abord, je ne tardai pas à reconnaître la cause de ce que je voyais. L'hypogastre était resté dur, tendu, fluctuant; j'eus la certitude que la sonde avait pénétré dans le vagin et le polype, et que le liquide écoulé, retenu dans la cavité de l'utérus par la présence du corps étranger, y avait subi la décomposition putride qu'il présentait. Je renouvelai le cathétérisme avec plus de soin, et la sonde arriva dans la vessie, d'où sortit un nouveau liquide qui était bien évidemment de l'urine. Mon erreur me servit à songer au moyen de désinfecter autant que possible la cavité de l'utérus, en injectant par la sonde de l'eau tiède à plusieurs reprises, que je laissais écouler ensuite. Dans ces opérations, la sonde d'argent s'est constamment recouverte d'un enduit noirâtre, certainement produit par l'hydrogène sulfuré.

Des phénomènes ataxiques survinrent et la malade mourut cinq jours après la ligature, sans avoir présenté de symptômes ni de péritonite ni de métrite; tout chez elle indiqua une altération profonde de toute l'économie, analogue à celles qu'on remarque dans les fièvres typhoïdes.

À l'ouverture du cadavre, point de lésion de tissus bien tranchée, sang noir, fétide, polype

eu putrilage, pédicule bien embrassé par la ligature, et presque entièrement coupé; fibres de l'utérus épaisses et comme charnues.

On a quelquefois remarqué, après la ligature des polypes de l'utérus, une terminaison semblable à celle que je viens de rapporter. Ne peut-on pas penser que dans ces divers cas, la mort est produite par l'absorption des matières putrides que la ligature du polype fait naître; l'hydrogène sulfuré qui attaquait si énergiquement la sonde d'argent, peut-il impunément rester en contact avec une vaste surface muqueuse? Ces considérations me semblent assez importantes pour faire préférer à la ligature un moyen qui agirait avec plus de force que celui-ci.

Ces accidens si fâcheux et qui suivent la ligature des polypes sont beaucoup plus fréquens qu'on ne pense, et surtout qu'on ne le dit.

L'excision adoptée maintenant exclusivement par M. Dupuytren a été employée par les anciens; parmi eux *Fabrice d'Aquapendente* surtout, en a été très grand partisan. D'autres l'ont aussi beaucoup vantée (*Tulpius Water, Prenton, Herbiniaux, Lapeyronie*); mais malgré leurs efforts, cette méthode n'avait point fixé l'attention des praticiens. Les idées théoriques qu'ils s'étaient formées à cet égard ne lui étaient point favorables. Toutefois M. Boyer ne paraissait pas éloigné de lui accorder la préférence sur les autres. Il l'a employée avec succès. On reproche à l'excision d'exposer plus qu'aucune autre méthode à l'hémorrhagie. Nous avons vu ce que l'on devait penser de ce reproche. M. Dupuytren qui depuis près de vingt ans excise toutes les tumeurs utérines, n'a remarqué qu'un seul cas dans lequel l'écoulement du sang lui a paru nécessiter quelques soins particuliers. Cette crainte de l'hémorrhagie est donc presque entièrement chimérique. On a paru craindre ensuite que la plaie qui résulte de l'excision, n'enflammât l'organe gestateur, et ne donnât lieu à une suppuration fâcheuse ou à un ulcère difficile à guérir. Toutes ces craintes sont également chimériques, et l'expérience de M. Dupuytren, les faits nombreux rapportés par MM. *Hervez de Chégoïn, Villeneuve, Lejeune, Velpeau, Siebold, Mayer, etc.*, prouvent que cette opération est aussi simple que facile et peu dangereuse, et laisse les malades se rétablir avec une promptitude extraordinaire.

Le manuel opératoire est le suivant :

La malade est placée et assujettie comme pour l'opération de la taille sous-pubienne; les jambes, les cuisses fléchies, écartées et soutenues par des aides. Un aide presse sur l'hypogastre pour abaisser la matrice; on recommande à la femme de pousser comme si elle accouchait. Si la tumeur est volumineuse et remplit le vagin, elle est facilement saisie par des pinces de Museux qui s'implantent dans son épaisseur, ou des forceps qui l'embrassent complètement. Les pinces introduites dans le vagin sont ouvertes pour saisir le polype. Quand la tumeur sort du vagin, on conçoit qu'il devient encore plus facile de la saisir. À l'aide de tractions légères et continues, de nouveaux crochets appliqués sur la tumeur, on la baisse peu à peu avec la matrice, et on finit par amener le pédicule à la vulve. Ce résultat est obtenu plus ou moins promptement.

ment et plus ou moins facilement. Lorsque le pédicule est ainsi aperçu auprès de la vulve, dont des aides écartent les lèvres; le chirurgien en fait la section, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri. M. Dupuytren employe des ciseaux très forts, très longs et courbes sur une des faces de la lame; et d'un seul coup, rarement en deux ou trois, il en fait ordinairement la section. La matrice remonte immédiatement après. Quand le polype est petit, qu'il est placé très haut et qu'il est difficile à atteindre, un spéculum est introduit dans le vagin, et à l'aide de pinces placées dans sa cavité, on saisit le polype; et le spéculum retiré et le polype saisi, on procède comme il a été dit plus haut. Quand le corps fibreux n'a point ou presque point de pédicule, une incision faite à la base à l'aide d'un bistouri suffit ordinairement pour le détacher absolument comme un noyau de fruit des parties qui le contiennent; c'est dans ce cas une véritable énucléation.

Quand un polype est trop volumineux pour passer par l'orifice inférieur du vagin, il devient nécessaire quelquefois d'inciser cet orifice, en arrière ou sur les côtés. C'est ce que M. Dupuytren a été obligé de faire dans quelques circonstances. Les malades n'ont pas moins bien guéri malgré cette petite complication.

Les ciseaux courbés sur leur plat, employés par M. Dupuytren, pour l'excision des tumeurs fibreuses et pédiculées de la matrice, glissent sur la surface convexe de ces polypes et ne commencent à agir que lorsqu'ils sont arrivés sur les limites qui séparent le pédicule de l'endroit où il s'implante; d'où il résulte, qu'appliqués à la surface des polypes, et surtout alors qu'ils sont un peu redressés, ils ne les entament presque jamais, et portent toute leur action sur le pédicule.

Après l'excision, il devient inutile de faire aucun pansement, d'appliquer aucun appareil; les femmes sont même dans un état si satisfaisant, qu'elles pourraient pour ainsi dire vaquer immédiatement à leurs affaires.

Si contre toute attente, il survenait une hémorrhagie, on aurait recours aux injections astringentes, et si elles étaient insuffisantes au tamponnement du vagin.

C'est toujours par cette méthode que M. Dupuytren traite les corps fibreux de l'utérus qui sont attaquables, et les succès qu'il en obtient lui ont fait renoncer à toute autre.

Voici un certain nombre d'observations de polypes fibreux utérins, traités par excision, et qui viennent à l'appui de ce que nous avons avancé touchant les avantages de l'excision, et sa supériorité sur les autres méthodes.

Rosalie-Cécile Musard, âgée de trente-trois ans, exerçant la profession de vigneronne, vint à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1823, pour y être opérée d'un polype qu'elle portait à l'une des lèvres du col de la matrice.

Interrogée sur son état antérieur, cette malade nous dit qu'elle avait été réglée, pour la première fois, à quatorze ans, mariée à vingt-trois, et qu'elle avait eu quatre enfans; ses couches furent toujours très heureuses; son dernier enfant est âgé de trois ans. En 1822, elle commença à avoir des pertes en rouge assez

abondantes, qui durèrent quatre mois sans interruption. Après ce temps, des intervalles de huit à dix jours séparèrent les écoulemens, qui, pour durer moins long-temps, n'en étaient pas moins abondans; ils étaient accompagnés de douleurs dans les reins, dans les aines, de pesanteur au fondement et de difficultés en urinant.

Cependant la malade, effrayée de la quantité de sang qu'elle perdait, consulta dans son pays un médecin, qui, sans la toucher, lui fit prendre du sirop de quinquina, de la tisane de grande-consoude, etc. Ce traitement, suivi pendant plus de trois mois, n'eut aucun succès.

Ne voyant pas le plus léger changement dans son état, Rosalie Musard se décida à venir consulter M. Dupuytren. La première chose que fit ce professeur, fut de la toucher; il rencontra aussitôt un polype fibreux et dégénéré, qui était implanté par un pédicule étroit sur la lèvre postérieure du col de l'utérus; la malade fut admise d'urgence, et couchée salle Saint-Jean.

Le lendemain, M. Dupuytren la fit descendre à l'amphithéâtre. Placée sur le lit destiné aux opérations de la taille, les jambes, les cuisses fléchies, écartées, étant soutenue par des aides, elle fut opérée de la manière suivante:

Un large *speculum* fut introduit dans le vagin, le polype s'engagea dans sa cavité, il fut saisi avec des pinces de Museux; le *speculum* fut retiré; une seconde pince fut implantée dans la tumeur, peu à peu elle fut attirée au dehors, et alors il fut facile de l'exciser à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat.

Le polype avait le volume du poing; il était fibreux, et offrait dans quelques endroits des points dégénérés et carcinomateux. Il s'écoula à peine quelques cuillerées de sang et la malade n'éprouva pas la moindre douleur. Le 24, elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Marie-Louise Gérard, fabricante de perles, veuve, âgée de quarante-deux ans, mère de quatre enfans, jouissait d'une très bonne santé, lorsqu'elle fut prise, il y a dix mois, d'une perte utérine qui dura quatre à cinq heures: rien n'avait provoqué cette hémorrhagie, et jusqu'alors elle avait été bien réglée.

Depuis ce moment, cette perte s'est renouvelée à peu près tous les huit jours. Bientôt la malade perdit son embonpoint, sa face se décolora, ses forces diminuèrent; elle devint paresseuse, insouciant. Un médecin fut appelé annonça à la malade qu'elle ne devait pas s'inquiéter, qu'elle était dans son temps critique et que cet état de choses passerait bientôt; il prescrivit des purgatifs, ne toucha pas la malade. Cependant les pertes ne diminuaient point, la maigreur, la pâleur, augmentaient avec la débilité de la malade. Enfin, n'apercevant aucune amélioration dans son mal, effrayée au contraire de ses progrès, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu; elle fut couchée à la salle Saint-Côme. L'interne la toucha, et reconnut une tumeur fibreuse. Le lendemain matin, elle fut touchée par M. Dupuytren; il reconnut un large polype de nature fibreuse, paraissant s'implanter sur la lèvre antérieure du col par un pédicule large et court. La malade était d'ailleurs dans l'état suivant:

Toute la peau, et surtout celle de la face,

était d'un jaune pâle, qui donnait à la malade l'apparence d'une figure de cire. Les lèvres participaient à cet *étiolement*. La maigreur était considérable; la malade n'avait aucune force et ne pouvait rester que couchée; les moindres mouvemens étaient suivis de syncope. Enfin elle perdait continuellement en rouge et quelquefois en blanc.

Dans cet état de choses, M. Dupuytren vit bien que la malade n'avait que peu de temps à vivre, si on ne se hâtait d'enlever le mal à cause de l'état d'anémie où se trouvait cette malheureuse. En conséquence, l'opération fut arrêtée pour le lendemain.

Le 18 juin, descendue à l'amphithéâtre, placée sur le lit destiné aux opérations de la taille, un *speculum* fut introduit, et laissa voir au fond du vagin un corps lisse, convexe, blanc.

On introduisit alors une pince de Museux, dont les mors furent ancrés dans la substance de la tumeur; cela fait on retira le *speculum*, et on lui fit de légères tractions, en invitant la malade à pousser comme s'il fallait accoucher.

La malade exécuta avec intelligence ce conseil; une seconde paire de pinces fut implantée, et la tumeur, par ces tractions douces et répétées, poussée d'ailleurs par les véritables efforts d'accouchement que faisait cette femme, parvint bientôt à la vulve et devint visible à l'œil.

On vit alors une tumeur lisse, blanche, fibreuse, convexe, et tellement analogue à l'utérus, que M. Dupuytren crut, avant d'exécuter d'autres tractions, devoir s'assurer si ce n'était pas l'utérus lui-même; pour cela, il pratiqua sur la partie la plus saillante une incision profonde: cette incision ne fit pénétrer le bistouri dans aucune cavité. M. Dupuytren alors acheva l'extirpation. Pour cela, après avoir fait dépasser en partie la tumeur au-devant de la vulve, il coupa le pédicule à l'aide de deux ou trois coups de ciseaux courbes. Le corps étranger tomba alors à terre. La tumeur enlevée était de nature fibreuse de la grosseur du poing d'un adulte.

Le tissu incisé est fibreux, comme il a été dit. A cinq lignes de profondeur il devint plus gris; il est aussi moins dur, et paraît avoir éprouvé un commencement de dégénérescence.

Aussitôt opérée, la malade fut portée dans son lit, préalablement bassiné. Pendant l'opération, il ne s'était pas écoulé une goutte de sang; il ne s'en écoula pas davantage depuis lors. Quatre jours après, on remarquait déjà un changement dans la coloration de la face de la malade, les pommettes avaient pris une teinte légère de rose. Mais en même temps arriva un symptôme qu'avait annoncé à la malade M. Dupuytren, des bourdonnemens dans les oreilles, effet qui a toujours lieu dans les pertes considérables. Des sinapismes placés à la partie interne des cuisses suffirent pour faire disparaître cette incommodité. Depuis ce moment la malade s'est toujours bien portée, a repris de la force, de la gaieté, et n'a pas perdu une seule goutte de sang.

Elle sort le 9 juillet dans l'état le plus satisfaisant, conservant encore néanmoins une assez forte pâleur.

Elisabeth Tarcois, âgée de quarante-neuf

ans, couturière, entra à l'Hôtel-Dieu, et fut couchée salle Saint-Jean, le 10 décembre 1823. Cette femme, d'un tempérament lymphatique, régulièrement réglée, n'a jamais eu d'enfans ni aucune maladie du vagin ou de l'utérus.

Dans le courant du mois d'août dernier, elle eut une perte abondante qui dura plusieurs jours; bientôt elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le vagin. Quelques jours après, cette tumeur se présenta à la vulve, et fit bientôt saillie entre les grandes lèvres. La malade se plaint de douleurs dans le ventre, de tiraillemens dans les aines, d'écoulemens en blanc, de pesanteur au fondement, de difficultés et de douleurs en allant à la garde-robe. A son entrée à l'hôpital, Elisabeth Tarcois était dans l'état suivant :

Tumeur dans le vagin, rugueuse, rougeâtre, dure, ulcérée dans divers points. Le doigt introduit dans ce canal pouvait facilement en circonscrire le pédicule qui était fortement embrassé par le col de la matrice, qui lui formait une espèce d'anneau, de manière qu'il n'y avait aucun doute que la tumeur ne prit son origine de l'intérieur même de l'utérus. La santé de la malade étant parfaite, l'opération fut pratiquée le 13 décembre de la manière suivante: La malade fut placée sur un lit, comme pour l'opération de la taille, les jambes et les cuisses écartées et maintenues, fixées par des aides. M. Dupuytren, placé entre les jambes de la malade, saisit le polype avec des pinces de Museux, et l'attira au-dehors. A mesure que la tumeur avançait, on la saisissait avec d'autres pinces, et ainsi successivement, de sorte que bientôt le col de la matrice parut à la vulve; il fut incisé, de dedans en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné; et à l'aide de forts ciseaux courbes sur le plat, M. Dupuytren put aller couper dans l'utérus le pédicule du polype; il n'y eut, après cette section, aucun écoulement de sang, et la matrice remonta aussitôt dans le vagin.

La tumeur examinée offrit les caractères suivans: Elle était d'un tissu dur, dense, élastique, grisâtre, criant sous le bistouri; son intérieur offrait une cavité assez considérable, sur les parois de laquelle se remarquaient des colonnes fibreuses dont la disposition était en tout analogue à celles du cœur. Quelques points commençaient à dégénérer.

La malade n'éprouva aucun accident après l'opération; les douleurs dans les reins, les écoulemens en blanc, en rouge, disparurent. Le 22, la malade, qui depuis plusieurs jours n'avait pas été à la garde-robe, pressée par le besoin, fit de violens efforts pour y satisfaire, qui déterminèrent un petit écoulement de sang qui dura plusieurs jours.

Le 6 janvier, elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Marie-Louise Tellier, âgée de cinquante-et-un ans, fruitière, mère de deux enfans dont le plus jeune a dix ans; bien portante et très bien réglée avant l'invasion de la maladie dont elle est actuellement affectée, et livrée habituellement à des travaux assez pénibles, commença, il y a neuf ans et demi, à éprouver des dérangemens dans la menstruation: l'écoulement sanguin avait lieu tantôt à quinze jours, tantôt à un mois, tantôt même à deux mois de distance

du précédent, et était chaque fois suivi d'un écoulement muqueux qui durait quelques jours. Sa santé générale n'était pas altérée, et elle continuait à se livrer aux travaux de sa profession. Au bout de six ans, elle sentit dans le fond du conduit vulvo-utérin une tumeur qui, lorsqu'elle faisait des efforts, s'abaissait et se rapprochait de la vulve. Il s'établit un écoulement continu d'un liquide roussâtre, fétide ; la santé générale de la malade s'altéra ; elle devint maigre et pâle. La tumeur, par ses progrès, finit par atteindre le niveau de l'orifice inférieur du vagin, et la compression qu'elle exerçait sur le rectum gênait considérablement la défécation. Lorsque la malade voulait satisfaire à ce besoin, il fallait qu'elle la soutint fortement.

Le 4 mai 1826, dans un de ces efforts, la tumeur sortit tout à coup, accompagnée de l'écoulement d'une assez grande quantité de sang et d'une douleur dans la région lombaire. Le 18 mai, elle entra à l'Hôtel-Dieu. Embonpoint médiocre, teint pâle, peau d'une couleur jaune de paille, yeux cernés, pouls faible et un peu fréquent, faiblesse assez grande. La partie supérieure de l'intervalle que laissent entre elles les cuisses, était occupée par une masse polypeuse arrondie en forme de champignon renversé, ayant un demi-pied de diamètre et trois pouces d'épaisseur, offrant une surface bosselée. Sa face supérieure offrait une espèce d'ombilic d'où s'élevait un pédicule d'un pouce de diamètre, apparent au-dehors de deux pouces, et occupant toute la longueur du vagin. Le doigt introduit dans ce canal ne pouvait l'explorer qu'avec beaucoup de difficultés, vu le volume de ce pédicule ; il s'enfonçait à deux ou trois pouces de profondeur, et rencontrait un cul-de-sac circulaire embrassant la partie la plus reculée de ce pédicule, sans qu'il fût possible de distinguer les lèvres du col de l'utérus. Le caractère de cette tumeur était évident. Mais où finissait le pédicule du polype ? Quel était le lieu de son implantation ? Quels changemens de rapports avait subis l'utérus ? Toutes ces questions importantes ne pouvaient être résolues.

Le lendemain, *M. Dupuytren* procéda à son ablation de la manière suivante : La malade était placée sur un lit un peu élevé, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, une anse de fil fut portée sur son pédicule, aussi haut que possible ; les deux chefs en furent engagés dans l'anneau du serre-nœud de Desault, sans exercer aucune constriction sur le pédicule. Celui-ci fut coupé au niveau de l'orifice inférieur du vagin, avec de gros ciseaux courbes sur leur plat. Un léger écoulement de sang, fourni par deux artérioles, ne tarda pas à s'arrêter. La malade fut reportée à son lit et surveillée attentivement, afin que, si l'écoulement sanguin reparaissait, la ligature fût resserrée. Dans la journée, il ne survint aucun écoulement de sang ; mais la malade fut continuellement dans un état voisin de la syncope (infusions de tilleul et d'orange).

L'examen du polype fit reconnaître au centre de la tumeur un tissu fibreux et squirrheux, offrant un faisceau central qui se continuait avec le pédicule ; à la circonférence, dans un pouce d'épaisseur, un tissu rouge très vasculaire où se

voyaient beaucoup de veines : quelques-unes avaient le volume d'une plume de corbeau. La consistance de ce tissu allait en diminuant du centre à la circonférence. Quelques portions extérieures étaient très molles et sur le point de s'ulcérer.

La surface extérieure de la tumeur offrait une membrane mince, floconneuse et formée par du tissu cellulaire. Le pédicule avait la même organisation, si ce n'est que le tissu squirrheux y prédominait beaucoup plus. Son centre était traversé par une artériole d'un assez fort calibre, qui, dans son trajet, donnait beaucoup de rameaux latéraux, et finissait par se perdre dans le corps du polype.

Je reviens à la malade. Pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, elle fut toujours pâle, faible, ayant le pouls petit et fréquent, pas de sommeil, un peu de dévoiement ; le pédicule du polype devint le siège d'un gonflement inflammatoire qui doubla son volume. Sa surface était le siège d'une suppuration peu abondante, mais dont l'écoulement continu incommo- dait la malade et excoriait la partie supérieure des cuisses et le périnée, malgré les lotions fréquentes que l'on pratiquait afin d'empêcher son séjour sur la peau.

Le vingt et unième jour, le volume du pédicule commençant à diminuer, on put, sans causer de douleur à la malade, établir un bandage compressif qui le disposât peu à peu à remonter dans le vagin. Deux jours après l'emploi de ce moyen, la malade ayant essayé de repousser un peu fortement le pédicule, celui-ci remonta tout-à-coup et se plaça à une hauteur telle, qu'on ne le sentait plus en introduisant l'indicateur au fond du vagin.

La malade, commençant à recouvrer de l'appétit et des forces, et le pédicule du polype ne fournissant du reste presque plus de suppuration, demanda à sortir de l'hôpital le 14 juin, vingt-sixième jour de son entréc. Il nous a été impossible d'avoir sur le compte de cette malade des renseignemens depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Ce pédicule sera-t-il cause d'une récurrence, d'une dégénérescence ? Cela est fort possible.

Louise Porteau, âgée de quarante-cinq ans, journalière, d'une forte constitution, ayant eu trois enfans, dont le plus jeune a dix-huit ans, commença, il y a six mois, à éprouver des dérangemens dans la menstruation, auxquels succédèrent des hémorrhagies utérines abondantes et répétées. Plus tard, il se joignit à ces symptômes un état permanent de gêne et de pesanteur dans la région hypogastrique. Il y a un an que la malade s'aperçut qu'une tumeur se développait dans cette région. Cette tumeur s'accrut lentement, et finit par faire saillie dans le vagin. Pendant la marche et les exercices fatigans une partie devenait apparente à la vulve ; l'écoulement sanguin était souvent remplacé par un liquide purulent, saucieux et fétide ; enfin deux mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, il s'y joignit des douleurs très vives dans le bas-ventre et dans les reins. A son entrée, le 24 mai 1826, elle avait encore assez d'embonpoint ; la peau d'une couleur jaune ; la malade éprouvait dans la région lombaire, à l'hypogastre, des douleurs assez vives. La partie

inférieure de l'abdomen était occupée par une tumeur arrondie qui s'étendait jusqu'à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dépassait un peu la vulve. Ce qui paraissait au-dehors était grisâtre, dur, arrondi, de consistance fibreuse. Le lendemain, les douleurs s'accrurent, et les contractions utérines déterminèrent, pendant la nuit, l'expulsion d'une masse polypeuse d'un volume égal à celui d'un fœtus à terme, pourvu d'un pédicule d'un pouce et demi de diamètre, dont la racine ne put être atteinte par l'index introduit dans le vagin. Cette espèce d'accouchement mit terme aux douleurs, et elle ne fut plus incommodée que par l'odeur fétide qui s'exhalait de la tumeur. Le lendemain, M. Dupuytren pratiqua l'excision de son pédicule à l'aide de forts ciseaux, après avoir cependant porté autour de lui une anse de fil de soie triple, prête à être serrée dans le cas où il surviendrait un écoulement de sang. A peine le pédicule fut-il coupé, qu'on vit sortir une assez grande quantité de sang noir et veineux, et l'on put s'assurer bientôt après que ce liquide ne venait pas de la partie supérieure du pédicule, mais qu'il se dégorgeait de la tumeur. La quantité put être évaluée à deux palettes environ. La malade fut reportée à son lit; une éponge fine fut placée à l'entrée du vagin, et les cuisses furent tenues rapprochées.

La tumeur pesait cinq livres et demie. Elle avait une forme ovoïde dont le grand diamètre était de dix pouces, et le petit de cinq pouces et demi; la petite extrémité était celle qui avait occupé le vagin et fait saillie au-dehors: elle avait une couleur grisâtre et une odeur fétide. La tumeur divisée offrait un tissu fibreux, jaunâtre, dense, résistant, criant sous le bistouri; à l'extérieur, une enveloppe fibreuse la recouvrait, et était sillonnée par un grand nombre de veines dilatées.

Le jour de l'opération se passa bien, sans douleur, sans accidens nerveux, sans écoulement de sang. Bientôt l'appétit, les forces, revinrent; les écoulemens en rouge, en blanc avaient cessé, et la malade demanda à sortir le dixième jour de l'opération. Le toucher, pratiqué à cette époque, fit reconnaître entre les lèvres du museau de tanche un petit moignon arrondi et comme flétri, qui était évidemment le reste du pédicule; l'utérus n'était pas encore complètement revenu sur lui-même, et formait encore une tumeur arrondie qui dépassait le bord du pubis.

Grigue (Marie-Madeleine), âgée de quarante-cinq ans, d'une constitution lymphatique, réglée à dix ans, mère de trois enfans à dix-huit ans, avait joui d'une très bonne santé jusqu'à sa trente-sixième année, époque à laquelle elle éprouva des pertes en rouge d'abord peu considérables et revenant à des intervalles éloignés, puis abondantes et plus fréquentes; bientôt un écoulement en blanc s'établit. Les premiers symptômes inquiétèrent la malade; elle vint à l'Hôtel-Dieu consulter M. Dupuytren, qui toucha la malade et reconnut facilement dans le vagin la présence d'un polype. Elle désira entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise le 15 juillet 1825.

Le lendemain, à la visite, elle était dans l'état suivant: Visage pâle, bouffi et pour ainsi

dire transparent, comme celui de toutes les femmes affectées de pertes utérines; inappétence, écoulement involontaire des urines, douleurs insupportables dans les reins, sentiment d'un poids incommode dans le petit bassin, tiraillement dans les aines, crampes continuelles dans les membres inférieurs, écoulement d'un liquide sanguino-purulent très fétide par les parties génitales; en y introduisant le doigt, on sentait aussitôt un corps rond, résistant, pédiculé, et dont la partie supérieure était fortement embrassée par le col de la matrice. Cette réunion de symptômes ne laissait aucun doute sur la nature du mal: c'était un polype fibreux.

La malade fut placée sur le bord de son lit, dans la position des malades qu'on opère de la pierre. Un aide ayant écarté les parties extérieures de la génération, le polype fut saisi à l'aide de fortes pinces de Museux; attiré au-dehors de cette manière, le pédicule arriva presque à l'entrée de la vulve; alors, à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat, le pédicule fut coupé en deux ou trois coups sans qu'il s'écoulât presque de sang. L'opération dura fort peu de temps; la malade n'éprouva presque pas de douleurs. On la porta dans la salle, elle fut mise à la diète, et à l'usage de boissons émoullientes et nitrées. La journée se passa fort bien; pas d'accidens nerveux, pas d'écoulement de sang, pas de douleurs, seulement un peu de cuisson en urinant. Le lendemain, la malade a reposé; son bon état continue. Le troisième jour, léger mouvement fébrile; la suppuration est établie; elle n'a pas l'odeur fétide qu'avaient les écoulemens en blanc (même prescription; on permet du bouillon). Les règles surviennent le cinquième jour, comme dans l'état de santé le plus parfait; elles durent six jours, et le onzième la malade sort guérie, n'ayant n'y écoulement en rouge, non plus qu'en blanc, et débarrassée de ses douleurs.

Le polype examiné, était à sa surface d'un rouge livide; la base présentait quelques bosselures; le pédicule était revenu sur lui-même, et n'avait que quelques lignes de hauteur sur un pouce de diamètre. Quant au corps du polype, il avait trois pouces et demi de haut sur deux de large. En coupant cette tumeur, elle criait sous le bistouri; elle était dure, blanche et toute fibreuse, et analogue aux cartilages intervertébraux. **PAILLARD ET MARX.**

SPÉCULUM BRISÉ, HYSTÉROMÈTRE ET PORTE-LIGATURE.

Présenté à l'Académie royale de Médecine, le mardi 7 janvier 1834, par PHILIPPE RICORD, chirurgien à l'Hôpital des Vénériens.

Le spéculum, qui certes n'est pas une invention moderne, semble cependant appartenir à notre époque. Tombé presque en désuétude dans les temps passés, c'est de nos jours qu'il a repris la place importante qu'il doit occuper dans nos arsenaux. Aussi, dans l'usage journalier qu'on en fait, a-t-il subi de nombreuses modifications, dont beaucoup ne sont pas de purs caprices, mais de véritables perfectionnements.

En présentant à l'Académie une nouvelle forme de cet instrument, mon intention n'est

pas de passer en revue tout ce qui a été fait avant moi, et d'en faire le parallèle; je veux seulement rappeler quelques-unes des raisons qui m'ont fait adopter le spéculum que j'ai si souvent occasion d'appliquer dans mon service de l'Hôpital des Vénériens, d'après les nouveaux principes que j'ai eu l'honneur de développer à l'Académie, dans un premier mémoire qu'elle a bien voulu insérer dans la collection de ses travaux.

Autant que possible, il faut en chirurgie diminuer nos instrumens, déjà trop nombreux. D'après ce principe, toutes les fois qu'un seul instrument pourra remplir plusieurs indications, et rendre inutile un appareil compliqué, il n'en sera que plus parfait. C'est d'après cette manière de voir que j'ai fait construire mon spéculum, afin qu'il pût servir à tous les cas, et que je viens même aujourd'hui de lui donner une nouvelle attribution.

Le spéculum dont je me sers est un spéculum brisé bivalve; je n'emploie plus de spéculums pleins, dont l'introduction est plus difficile et plus douloureuse (quoi qu'on puisse dire), et qui doivent être de calibres différens, selon l'étendue ou le développement des organes qu'on a à examiner, qui sont tantôt trop grands pour l'anneau vulvaire, tantôt trop petits pour embrasser le museau de tanche *et vice versa*, et qui, en sus de ses inconvéniens, ne peuvent pas encore servir à toutes les opérations; tandis que le spéculum bivalve bien fait, passe seul partout, permet l'exploration du vagin, du col de la matrice, et les différentes opérations qu'on a à y pratiquer: ce qui probablement a fait conserver à quelques praticiens bien recommandables, l'usage des spéculums pleins dont ils sont obligés alors d'avoir de nombreux numéros, c'est la mauvaise confection et les imperfections des spéculums brisés ordinaires; mais en faisant, pour cet instrument de l'éclectisme et en le composant des meilleures modifications apportées par quelques chirurgiens, je ne doute pas qu'on ne finisse par l'adopter d'une manière presque exclusive.

Un des grands inconvéniens des spéculums bivalves ordinaires, est la distension douloureuse de l'anneau vulvaire, et la contusion des parties molles, contre l'arcade du pubis. Cette faute, dans la construction de l'instrument, a été signalée et ingénieusement corrigée par mon ami M. le docteur Jobert, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis; aussi me suis-je empressé d'adopter l'heureuse modification qui consiste à porter le point d'articulation sur les valves elles-mêmes et non sur leur manche, et à placer cette articulation au point de l'instrument qui correspond à l'anneau vulvaire, de telle façon que, quel que soit le degré de développement de l'instrument, ouvert ou fermé, cette partie sensible et résistante des organes de la femme, ne soit jamais tirillée ou contuse contre les os voisins. En adoptant ce point fondamental du spéculum de M. Jobert, j'ai cru devoir conserver les manches des anciens spéculums, en leur donnant une longueur correspondant à la largeur de la main. Ces manches, quoi qu'en aient dit quelques personnes, sont d'une grande utilité non-seulement pour conduire l'instrument, mais encore pour le faire tenir par un aide, quand

on a une opération à pratiquer, ou par la malade elle-même, dans la pratique privée, pour des cas ordinaires où les femmes ne veulent pas de témoins. Ces manches portent du reste une tige à vis, qui fixée à l'un d'eux traverse l'autre, et offre en même temps une échelle graduée en lignes et une virole, qui servent à fixer l'instrument et à marquer le degré d'écartement de l'extrémité utérine des valves, de manière à permettre la mesure du col de l'utérus. Pour la commodité du transport, j'ai fait construire des spéculums à manches brisés, qui se ploient sur le corps de l'instrument, qui alors n'offre pas plus de volume que les spéculums sans manches. J'en ai fait faire dans lesquels les manches se mettent ou s'ôtent à volonté. Du reste, à la partie des valves opposée au côté de l'articulation existe un écartement qui permet l'application d'airignes ou autres instrumens, et la possibilité ensuite d'enlever le spéculum en laissant ces instrumens en place.

Voilà le spéculum que j'employais pour l'examen de toutes les femmes de mon hôpital, dans les cas de maladies vénériennes et de toutes les affections du vagin et du museau de tanche, spéculum qui m'a servi aux différens cas d'amputations du col de la matrice ou des polypes qui se sont présentés soit dans mon service, soit dans ma pratique privée, et dont les plus curieux ont été publiés. Cependant ce spéculum m'a paru susceptible d'une nouvelle modification qui le rend propre à porter des ligatures sur les tumeurs utérines, ou autres qui peuvent être mises à découvert par cet instrument, et être liées. L'idée de cette modification m'est venue, il y a quinze jours, en pratiquant l'extirpation d'un énorme fungus de la matrice, sur lequel les crochets et les airignes n'avaient aucune prise, à cause de la mollesse des tissus, fungus que j'embrassai très bien avec le spéculum, qui arrivait jusqu'au cul-de-sac *péritérin*, et sur lequel j'aurais voulu porter ma ligature pour l'entraîner au-dehors, comme cela m'avait réussi quelque temps auparavant sur une malade opérée avec un plein succès, à ma maison de santé, et dont l'observation et le procédé opératoire ont été publiés dans la *Lancette française*; mais qui, quelque soin que je prisse, en me servant de différens instrumens, et entr'autres des porte-ligatures de Desault, n'a pu être entouré d'un fil métallique ou autre, tandis que, je le répète, mon spéculum pouvait complètement l'embrasser. La modification que j'ai fait subir à mon spéculum, à cette occasion, consiste en un sillon placé à l'extrémité utérine des valves, sillon à lèvre interne d'un quart de ligne plus longue que la lèvre externe et destiné à recevoir les côtés de l'anse de la ligature qu'il loge; la partie moyenne de cette anse, correspondant à un côté de l'écartement des valves; tandis que, de l'autre, les chefs se croisent en passant sur la partie moyenne de l'instrument, d'une valve à l'autre, pour empêcher le déplacement, et viennent se fixer l'un d'un côté à l'aide de la virole placée sur l'échelle à vis, dont nous avons parlé plus haut, et l'autre à la main de l'opérateur qui le tire ou le relâche selon qu'il retrécit ou écarte l'extrémité utérine de l'instrument.

Ce sillon, qui ne complique en aucune ma-

nière le spéculum, est susceptible de modifications, telles que d'être fermé par une petite pièce de rapport dans les cas où le spéculum doit servir à d'autres usages; il pourrait aussi être placé sur une pièce séparée qui s'ajouterait au spéculum, quand on en aurait besoin, etc.; mais ce seraient des complications dans l'instrument, et nous préférons celui que nous avons présenté, qui est beaucoup plus simple.

Du reste, la ligature portée autour de la tumeur à lier, est on ne peut pas plus facilement laissée en place à l'aide du serre-nœud de Graaff, dans lequel on engage les extrémités des deux chefs, et qui poussé jusqu'à la tumeur qu'il étreint, permet de retirer le spéculum. Dans les cas de tumeur un peu volumineuse, les diamètres de l'écartement de la ligature à l'aide des valves du spéculum n'étant pas égaux, on peut avec l'extrémité du serre-nœud lui-même, ou avec toute autre tige, pousser la ligature et l'élargir dans le point le plus étroit. Au lieu du sillon décrit plus haut, la ligature peut être portée par deux petites échancrures pratiquées près des angles des extrémités utérines du spéculum.

On pourrait encore, dans ces cas, avoir deux ligatures séparées portées chacune par une valve seulement; alors il faudrait deux serre-nœuds au lieu d'un, placés sur les deux côtés opposés du spéculum, et chargés, chacun, de réunir l'un des chefs de la ligature d'un côté au chef correspondant de la ligature de l'autre côté. Le spéculum peut encore servir à porter une ligature sur une tumeur qu'il aurait embrassée, en l'entourant, après qu'il serait placé, d'une ligature lâche à son extrémité externe et poussée ensuite à l'aide du serre-nœud le long de ses valves jusques sur la tumeur.

Pour terminer, je dois ajouter que la méthode d'après laquelle j'applique mon spéculum et qui n'est pas indifférente, ainsi que je l'ai prouvé, je crois, dans un autre travail, fait que je rejette complètement les embouts qui deviennent inutiles, et que l'extrémité de mon spéculum, pourvu que les valves puissent un peu chevaucher l'une sur l'autre et s'aplatir pour offrir le moins d'étendue possible, pénètre avec la plus grande facilité et franchit l'anneau vulvaire, le point le plus difficile, sans peine et sans douleur.

Quant à l'inconvénient de la chute du vagin dans l'écartement des valves, il est de peu d'importance, et n'arrive pas une fois sur cent lorsque l'instrument est bien appliqué; du reste on pourrait l'éviter, comme on l'a fait, par l'addition de lames qui, en suivant le développement de l'instrument, en font un spéculum plein qui jouit de tous les avantages du spéculum brisé.

Explication de la planche.

Fig. I. — A. Point d'articulation des valves et couture devant correspondre à l'anneau vulvaire.

B. Manches. C. Échelle hytérromètre.

D. Extrémités utérine. D'. Lèvre interne du sillon. D''. Lèvre externe.

E. Ligature placée dans le sillon et croisée sur l'instrument, au moment de le porter sur la tumeur à lier.

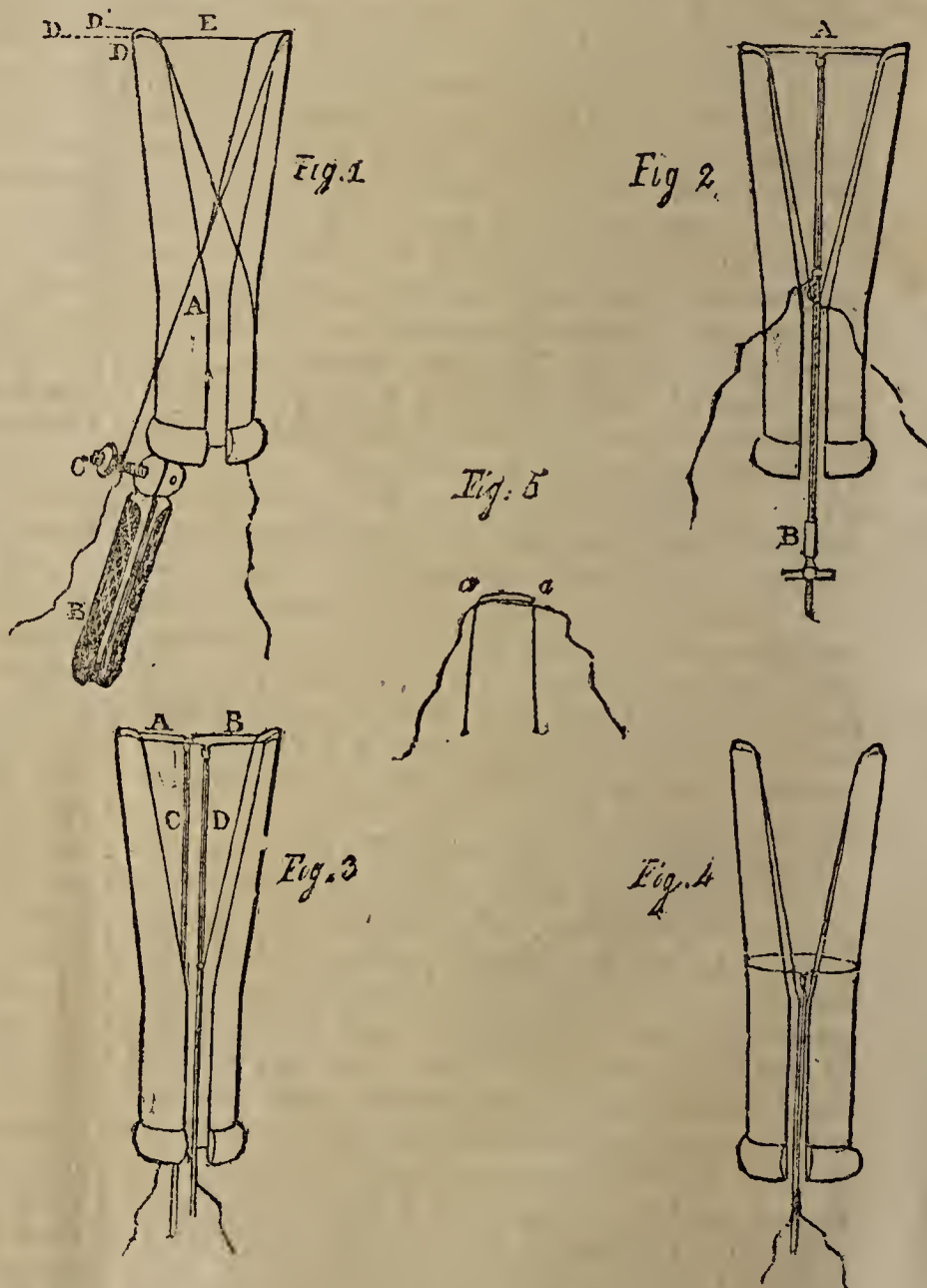
Fig. II. — A. Ligature. B. Le serre-nœud contenant les deux chefs de la ligature, au moment de la laisser sur la tumeur à lier.

Fig. III. — A. Ligature portée par la valve gauche, ayant un de ses chefs placé dans le serre-nœud B et l'autre dans le serre-nœud C.

B. Ligature portée par la valve droite, ayant un de ses chefs également porté par le serre-nœud B et l'autre sur le serre-nœud C.

Fig. IV. — Spéculum entouré d'une ligature dont les chefs sont fixés par un serre-nœud à l'aide duquel on la fait glisser sur les valves, pour la conduire sur la tumeur à lier.

Fig. V. — Extrémité utérine d'une valve avec deux échancrures, et servant à soutenir la ligature.



PHILIPPE RICORD.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE ET HYGIÈNE DU CANTON DE COZES, DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE-INFÉRIEURE,

Par M. MOREAU, membre de la société des sciences physiques et chimiques de Paris, demeurant à Arcis (1).

Je ne sache pas qu'on se soit encore occupé

(1) Cet article était imprimé et faisait déjà partie de notre numéro composé lorsque nous l'avons lu dans un

de dresser des topographies médicales des petites localités. Il me semble cependant qu'il serait rationnel pour la réalisation de la pensée de l'Académie de médecine, qui vient de nommer dans son sein une commission chargée d'établir la topographie médicale de toute la France, de partir de celle des cantons, des arrondissemens, etc., pour s'élever peu à peu à une plus large conception de ce point important d'hygiène publique.

Dans la dernière épidémie de choléra, le gouvernement a jugé qu'une instruction devait être imprimée et distribuée dans toutes les localités; mais combien d'autres affections sévissent dans les campagnes, dont le caractère épidémique et la permanence compensent bien tristement le fléau qui ne nous a frappés qu'en passant! Les renseignemens utiles de topographie médicale et les bons conseils hygiéniques ne devraient-ils pas être l'objet d'un soin continu? Il est temps que le peuple des campagnes participe à tous les bienfaits de la civilisation.

Mes observations ont porté sur une échelle restreinte, circonscrite sur le canton de Cozes.

Cette partie du département de la Charente-Inférieure est bornée au nord par le canton de Scaugon; au nord-ouest, par celui de Royan; à l'est, par celui de Gemozac; et au sud-ouest, par la Gironde. Tous les points rapprochés de ces différentes limites n'en diffèrent aucunement sous le rapport de la topographie médicale. C'est la même constitution de l'air, le même état de la température, les mêmes vents avec quelque prédominance de ceux de l'ouest et du nord-ouest, à cause du voisinage de la mer; les mêmes mouvemens de terrain, à peu près les mêmes productions du sol, la même eau, les mêmes alimens, le même genre de vie, et partout à peu près la même constitution médicale.

Mais la partie des cantons qui longe le littoral distante dans ses points les plus extrêmes de deux lieues de l'embouchure du golfe de Gascogne, offre un caractère tranché, original, d'individualité en quelque sorte, sous le rapport de l'intensité et de la variabilité des vents d'ouest, de sud-ouest et de nord-ouest qui soufflent dans toutes les saisons de l'année, des brouillards dont ils répandent partout la pénétrante humidité et de l'abaissement sensible de température qu'ils déterminent. Car il résulte de l'observation thermométrique une différence de deux degrés au moins entre cette température et celle de la partie du canton qui se rapproche le plus de ceux qui le bornent. Cet état météorologique permanent, tout-à-fait local, exerce une influence manifeste sur les constitutions médicales régnantes. Celles-ci, dans une observation clinique de cinq années, ont toujours consisté dans le retour successif des mêmes affections à peu près, et celles qui s'éloignaient le plus par leur siège et leur nature du caractère commun et prédominant conservaient cependant le cachet de l'élément morbide qui jetait

autre journal de médecine: apparemment, M. Moreau avait envoyé sa *Topographie* à d'autres en même temps qu'à nous. Si cette circonstance nous eût été connue plus tôt, nous n'aurions pas donné cet article, qui perd, pour une partie de nos lecteurs, de son originalité, ou nous nous serions contenté de le faire connaître par extrait dans notre Revue de journaux. (N. D. R.)

le plus ordinairement le trouble dans l'organisme. En effet, les fonctions de la voix, de la déglutition, les fonctions masticatoires étaient le plus souvent troublées sous l'influence ou d'une simple hyperémie siégeant dans la bouche, le larynx, la trachée, ou d'un état inflammatoire intense. Ces lésions avaient un caractère d'opiniâtreté que je n'ai observé nulle part. Les évacuations sanguines, locales et générales, les enrayaient difficilement, et la chronicité succédait presque toujours au traitement exclusivement antiphlogistique.

Dans l'hiver et le printemps de 1833, elles revêtirent un caractère franchement épidémique. Les cas se multiplièrent dans une très grande étendue du canton, et on eut de nombreuses laryngites, de nombreuses stomatites et quelques laryngo-thachéites. Leur chiffre s'éleva à plus de trois cents dans huit communes. Beaucoup d'enfans furent atteints appartenant à la classe des cultivateurs pauvres; beaucoup aussi parmi les ouvriers; toutefois la mortalité n'alla pas au-delà d'un sur six dans les différentes époques de l'épidémie.

Le principe morbide portait principalement son action sur la membrane muqueuse buccale, laryngienne et de l'arrière-gorge. La constitution médicale se dessinait merveilleusement; il y avait presque exclusion, à part quelques légères sympathies. Notre attention porta sur la thérapeutique de ces affections essentiellement prédominantes, elle dut embrasser un système large de moyens. Ceux tirés de la méthode antiphlogistique n'obtenaient en général qu'une amélioration passagère. Il y avait le plus souvent sous leur influence état stationnaire, et quelquefois ces moyens semblaient favoriser le passage à l'état chronique. L'ipécacuanha comme vomipurgatif nous procura des avantages marqués; les vésicatoires à la partie antérieure et postérieure du cou furent employés avec succès; le quinquina, la quinine produisirent de bons effets, surtout dans la période de chronicité; mais beaucoup de cas se montraient complètement rebelles à tous ces agens les plus variés. Un des premiers je mis alors en usage les frictions d'huile de croton-tiglium sur les surfaces antérieures et latérales du cou. Je recueillis douze faits en faveur de cette médication. L'huile fut employée seule, afin qu'on pût lui rapporter le succès. Quelques-uns de ces faits ont été livrés à la publicité dans le tome VII, n° 23, de la *Lancette française*, gazette des hôpitaux.

Les rhumatismes, les catarrhes, les pneumonies sont encore les effets ordinaires de la position des lieux que nous avons étudiés. Eh bien, dans les différens cas nombreux et variés qui se sont offerts à notre examen, le tartre stibié, les vésicatoires, la classe des toniques nous ont mieux réussi que le sang que nous avons tiré. Il en a été de même de presque toutes les affections du tube digestif qui se sont montrées dans cette contrée comme dans celles qui lui sont limitrophes.

Je trouverai les preuves de la réussite des moyens que nous avons opposés à des lésions dont le caractère inflammatoire a été patent, et dans la topographie médicale de la localité même, et dans les constitutions et les tempé-

ramens individuels, et dans le régime alimentaire et les boissons des individus, et dans leurs logemens.

En effet, la permanence et l'alternative des vents d'ouest, de nord-ouest et de sud-ouest que détermine le voisinage de l'Océan, l'état hygrométrique de l'air, le froid humide qui en est le résultat immédiat, exercent une notable influence sur la constitution des habitans, et modifient essentiellement leurs tempéramens. Aussi cette constitution est-elle faible, débile chez beaucoup d'entre eux, et possèdent-ils en général cette nuance de tempérament qu'on appelle lymphatique. Beaucoup même portent les stygmates de la constitution serophuleuse; car, quoique le ciel soit pur et que l'oxigénation se fasse par toutes les surfaces chez ces hommes habitués à travailler presque toujours en plein air, leur facies ne conserve pas la coloration rosée ou rouge ordinaire à ceux qui habitent les campagnes éloignées de la mer. Ils sont presque tous décolorés et pâles. Ils subissent l'influence que nous avons signalée.

D'autres élémens de débilité et d'atonie se trouvent dans les fatigues excessives des individus dans une contrée où les productions du sol sont variées et multiples, et où une succession de récoltes abondantes les tient continuellement en haleine.

Alimens. — Ceux dont l'usage est le plus répandu consistent pour les pauvres journaliers comme pour les agriculteurs même aisés, dans les poissons, les coquillages, les sardines pressées et les harengs. Les premiers sont dans l'impossibilité de se procurer de la viande; à peine si les seconds et les propriétaires consentent à en acheter ou par lésine ou par l'éloignement des bouchers qui se tiennent au chef-lieu de canton, ou par le dégoût que peut leur inspirer cette viande mal coupée, et qui n'est souvent que de la mauvaise vache. Les bouillons, les consommés ne viennent donc jamais, ou bien rarement, restaurer des estomacs délabrés par une alimentation peu substantielle et radicalement mauvaise.

Les boissons ordinaires sont le vin qui est passable, et la piquette qui se consomme chez la plupart des fermiers, et surtout chez les journaliers et les pauvres. Cette boisson, produit d'une sorte de macération du marc de raisins dans l'eau, presque toujours aigre comme l'indique son nom, cause de l'irritation et des coliques. Il est encore beaucoup de ces journaliers et de ces pauvres qui manquent souvent même de cette piquette, et qui boivent de l'eau. L'eau des puits que j'ai eu occasion d'examiner souvent, est chargée d'une grande quantité de sels calcaires, ce qui la rend fatigante pour les organes digestifs et peu avantageuse aux usages culinaires.

Logemens. — Les constructions rurales parsemées çà et là en assez grand nombre sur la surface du canton, offrent des dispositions intérieures qui ne nuisent pas moins à la salubrité et à la santé des individus. Elles ont une sorte d'uniformité architecturale qui les caractérise presque toutes. Une seule ouverture, qui est la porte, et qui regarde le plus souvent le littoral, toujours ouverte pour donner accès aux rayons lumineux dans ces chambres étroites et

noires, permet aux vents de mer de s'y engouffrer souvent au moment où les travailleurs accablés de fatigue et couverts de sueurs se livrent aux différens repas du jour. Il en est plusieurs qui, par cette cause, ont été frappés de maladie au moment où ils jouissaient de la plus complète sécurité. Toutes ces maisons n'ont en général qu'une chambre dont le sol en terre est toujours humide, et où la famille couche dans un ou plusieurs lits dont les rideaux sont toujours hermétiquement fermés. L'écurie des bœufs et des chevaux est quelquefois contiguë à ces chambres, dans lesquelles, par les ouvertures de communication, les miasmes délétères des fumiers vont exercer leur funeste influence.

Toutes ces causes d'atonie et d'insalubrité favorisent l'établissement des constitutions et des tempéramens que nous avons observés, et le développement des affections que nous avons signalées, et rendent raison de l'inefficacité du traitement tout-à-fait antiphlogistique. L'adynamie profonde et irremédiable, et l'état chronique, en sont les effets les plus ordinaires.

Le choléra et un grand nombre d'affections cholériques ont sévi dans cette contrée; on a peu employé les évacuations sanguines, et on n'a pas compté trop d'insuccès.

Notre attention a depuis long-temps porté sur les réformes à introduire dans les boissons, dans les alimens, chez ces individus, dans un point de vue tout-à-fait hygiénique. Nous leur avons souvent donné de simples conseils, mais dont l'exacte observation pourrait devenir avantageuse à leur santé, comme de faire un plus large usage qu'ils ne font du maïs, un des produits les plus communs de leur sol, et une des céréales les plus saines et les plus nutritives, de ne plus engouffrir une aussi grande quantité de sardines, de harengs, etc., qui font la base de presque toute leur nourriture, d'y substituer quelquefois le fromage de vache, de Hollande, etc.; aux plus aisés de mettre au moins une fois par semaine la poule au pot ou de la viande de boucherie. J'ai insisté sur la nécessité pour eux de renoncer à ces boissons aigres, en les engageant à mêler plutôt un peu d'eau à leur vin ordinaire; et j'ai souvent prescrit à tous, et aux plus pauvres, de mettre dans leur vase d'eau, ou d'autres boissons, des fragmens de fer rouillés, leur expliquant que ce moyen les rendait bonnes et fortifiantes pour les organes digestifs. On sait, en effet, que les boissons ferrugineuses ont des propriétés toniques manifestes, et exercent la plus salutaire influence sur l'hématose; et pour rendre l'eau des puits limpide et pure, je les ai engagés à placer dans le fond des couches successives de sable et de charbon.

Quant à la viande, c'est à l'administration locale à s'en occuper, et la surveillance active empêcherait au moins qu'on ne la vende lorsqu'elle a déjà éprouvé un commencement de fermentation septique, et qu'on ne livre à un prix égal la viande de bœuf et celle de vache; ce qui pèse péniblement sur le malheureux.

Quant aux dispositions actuelles des maisons, la civilisation n'a pas encore passé par là. Leurs convenances, par rapport à la salubrité, ne peuvent être effectuées que par le temps. C'est aux propriétaires de fermes à en

reconstruire à l'avenir sur un plan plus commode et plus salubre à la fois.

Je leur ai souvent aussi prescrit de laisser leurs rideaux ouverts pour le renouvellement et le passage libre de l'air, et je me suis attaché à leur faire comprendre que la nature avait établi une sorte de compensation de ces élémens d'atonie et d'insalubrité locale en leur offrant les ressources hygiéniques et thérapeutiques des bains de mer tout-à-fait à leur portée, et des bains de sable dont le littoral est couvert. J'ai insisté souvent sur l'usage comme tonique d'une gymnastique consistant dans la natation dans l'eau de mer, et je ne doute pas, si ces salutaires avis, fondés sur une hygiène bien entendue, étaient rigoureusement suivis, que les constitutions et les tempéramens individuels n'en ressentissent les plus heureux effets.

Nous avons prescrit les bains de mer dans les irritations chroniques gastro-intestinales, ils en ont toujours amendé notablement les symptômes, et souvent leur cure radicale en a été la conséquence immédiate.

Bordeaux a envoyé à Royan tous ses cholériques convalescens, tous ceux dont la muqueuse gastrique et intestinale avait senti l'impression épidémique.

Royan, par ses constructions commodes, élégantes et saines, par sa position qui domine l'Océan, par la facilité de ses bains accessibles à toutes les fortunes, sera toujours le rendez-vous de ceux, soit des environs, soit de Bordeaux, dont la santé plus ou moins altérée réclame ce genre de médication. C'est donc d'un immense avantage thérapeutique pour cette grande ville, pour les localités environnantes et en particulier pour le canton qui nous occupe.

J'ai obtenu quelques succès de l'emploi des bains de sable sous l'influence d'une haute température dans les cas de rhumatismes articulaires chroniques qui avaient résisté à tous les moyens appropriés. C'est un moyen de l'application la plus facile, et qui ne coûte rien.

Je conclus des observations qui précèdent qu'il serait possible de combattre les influences dues à la topographie médicale du canton de Cozes par les bains de mer et de sable que la nature a établis là par une sorte de compensation.

MOREAU, D. M.

APHORISMES CLINIQUES SUR LA SCARLATINE.

Causes, symptômes, marche.

Aphorisme 1^{er}. La scarlatine vient naturellement se ranger dans l'ordre des exanthèmes cutanés. Comme la petite vérole et la rougeole, elle se transmet par une contagion particulière. Aucun âge ne met à l'abri de ses atteintes le sujet qui n'en a pas encore été affecté; et si les enfans sont plus exposés que les adultes à la contracter, ce n'est pas seulement parce que dans l'âge tendre l'absorption est plus active et la transmission des affections contagieuses plus facile, mais surtout aussi parce que les enfans n'ont point encore payé leur tribut à cette maladie.

2. Les retours de cette affection épidémique dans nos provinces sont beaucoup plus rares que ceux de la rougeole, et surtout plus rares que ne

l'étaient ceux de la variole, avant la découverte de la vaccine.

3. Le séjour de la scarlatine épidémique dans une localité peu étendue est aussi beaucoup plus prolongé que celui des autres exanthèmes, l'affection cessant et se reproduisant à d'assez longs intervalles, la maladie étant fréquemment reportée dans les lieux qu'elle a déjà parcourus par les diverses relations qu'entraîne la vie civile.

4. La fièvre qui précède l'éruption scarlatineuse est continue ou vaguement rémittente, accompagnée de frisson, quelquefois de vomissement et de diarrhée, variable dans sa durée. Rarement le premier jour, le plus souvent le second, la déglutition devient pénible, les tonsilles se tuméfont, le pharynx rougit, les ganglions lymphatiques cervicaux et sous-maxillaires se gonflent et deviennent douloureux.

Du premier au cinquième jour, le plus souvent le troisième, paraît l'éruption scarlatineuse.

5. Plus qu'aucune autre phlegmasie exanthématique la scarlatine varie dans son intensité. Tantôt extrêmement bénigne, cette maladie se réduit à une légère indisposition, tantôt extrêmement grave, elle n'est pas moins meurtrière que la peste.

Non-seulement sous ce rapport les différences les plus frappantes peuvent être remarquées dans les diverses épidémies qui se succèdent dans le même lieu, on les observe encore pendant le cours de la même épidémie dans le même temps, dans la même saison, dans la même localité, dans la même famille.

6. A un jour indéterminé de la fièvre, on aperçoit d'abord quelques taches qui, en s'étendant et en se réunissant par plaques, prennent une teinte framboisée qui varie suivant que la peau reste plus ou moins exposée au contact de l'air. Généralement les taches dont la circonscription n'est pas bien déterminée acquièrent une teinte plus foncée sur les parties latérales du cou, sur le devant de la poitrine, ensuite sur les poignets, sur les avant-bras, et enfin sur les coude-pieds. Un prurit incommode accompagne l'apparition des taches. Assés souvent on voit s'élever sur les régions qui viennent d'être indiquées de petites vésicules saillantes, pointues, qui se remplissent de véritable pus, et deviennent d'un blanc mat.

7. Dès le troisième jour de l'éruption, la rougeur scarlatineuse commence à pâlir sur les régions qui en ont d'abord été affectées. A une époque indéterminée l'épiderme tombe par petites ou par larges écailles, et il n'est pas rare de voir celui qui recouvre les pieds et les mains se soulever d'une seule pièce et se détacher par lambeaux.

8. Dès le début de la maladie, les caractères qui distinguent la scarlatine maligne de la scarlatine bénigne commencent à se prononcer. Dans la scarlatine maligne un trouble extrême dans la circulation peut déjà être observé, le pouls est à la fois fréquent, irrégulier, difficile à compter; le rythme de la respiration n'est pas moins altéré. Les fonctions du canal digestif sont perverties, et d'énormes vomissemens accompagnent une diarrhée continuelle; le délire qui survient en même temps que les désordres de l'innervation qui s'aggravent de plus en plus, présagent le danger d'une terminaison funeste.

9. Souvent l'intensité de la phlegmasie cutanée ne correspond point à la gravité des symptômes qui viennent d'être énumérés. On n'observe point non plus un rapport constant entre le danger de la maladie et la gravité de l'angine scarlatineuse.

10. L'apyrexie succédant à l'éruption et la gêne de la déglutition devenant aussi moins douloureuse, une convalescence aussi prompte que facile termine la scarlatine bénigne.

11. Les malades qui échappent au danger de la scarlatine maligne ne sont pas encore à l'abri des conséquences de cette pyrexie exanthématique. Une profonde altération des liquides, la décoloration et la liquéfaction du sang les disposent à l'anasarque, à l'œdème des poumons, à des convulsions semblables à celles de l'épilepsie, qui surviennent après le sommeil, et paraissent produites par un afflux soudain de sérosité dans les cavités encéphaliques.

Presque toujours les urines présentent un aspect remarquable pendant la durée de l'œdème qui succède à la scarlatine, elles contractent une couleur fauve, très foncée, due au mélange d'une portion de cruor altéré dans sa couleur, et qui s'en sépare par le repos.

12. La phlegmasie qui, pendant la durée de la scarlatine affecte les narines, la bouche et le pharynx, de même nature que l'inflammation exanthématique du derme, et seulement modifiée par la texture de l'organe tégumentaire, se distingue de toute autre par des caractères qui lui sont propres.

13. La plus ou moins grande ténuité de l'épithélium laissant apercevoir plus ou moins promptement la phlogose du tissu muqueux, c'est sur les tonsilles et le voile du palais et les gencives que se montre d'abord la rougeur exanthématique. Une exsudation couenneuse plus ou moins étendue, qui ne tarde pas à succéder à une érosion superficielle, recouvre les tonsilles et simule des escharres. Si l'inflammation du voile du palais devient assez vive pour déterminer une sécrétion morbide, cette sécrétion forme à la surface de la membrane muqueuse une couche de matière blanche caséiforme, qui n'acquiert point la consistance d'une fausse membrane. Quelquefois un enduit couenneux recouvre aussi les excoriations qui, dans le même temps, surviennent à l'orifice des narines. De même que dans l'angine maligne, cet enduit, en se putréfiant, peut offrir l'aspect d'une lésion gangréneuse. De là tant d'erreurs de diagnostic et la confusion de deux maladies qui, l'une et l'autre fort meurtrières, n'exposent pas cependant à la même espèce de danger.

La langue étant recouverte d'un épithélium plus épais, ce n'est qu'à une époque plus avancée de la maladie que sa rougeur se prononce, ce n'est même qu'au moment où sa tunique épidermoïde est en partie détruite qu'elle prend une teinte rouge foncée très particulière, et qu'on n'observe dans aucune autre maladie (1). Cette teinte n'exclut ni la sécheresse ni les autres modifications dont sa surface dénudée est susceptible.

14. Souvent, dans le cours d'une épidémie scarlatine, on voit se développer l'angine qui

(1) Dans les maladies aphtheuses elle offre quelquefois une teinte analogue.

vient d'être décrite, sans qu'aucune éruption exanthématique se montre à la surface de la peau (dans ce cas-là même des caractères spécifiques distinguent encore l'angine scarlatineuse de l'angine maligne).

Assez fréquemment l'inflammation des ganglions lymphatiques cervicaux continuant à s'accroître, se termine par suppuration. Cette lésion des ganglions lymphatiques constitue de véritables bubons scarlatineux.

15. Si grave que soit l'inflammation scarlatineuse du pharynx, ce n'est point à cette lésion morbide que généralement la mort peut être imputée. Un grand nombre de sujets échappent aux dangers de la scarlatine, quelle que soit l'intensité de l'inflammation de l'arrière-bouche, tandis que d'autres succombent sans que le mal de gorge ait été un symptôme notable de la maladie.

Anatomie morbide.

16. Il est peu de pyrexies à la suite desquelles on découvre moins de lésions appréciables, et, il faut le dire, aucune de celles que l'on rencontre ne montre, dans la majorité des cas, la cause de la mort. Presque toujours le sang, inégalement réparti dans les trois cavités splanchniques, abonde dans la tête, surabonde dans le thorax, et manque dans l'abdomen. Mais aucune lésion inflammatoire n'accompagne la congestion sanguine, et souvent, pendant la vie, aucun désordre fonctionnel n'avait indiqué la lésion des viscères dans lesquels le sang se trouve ainsi accumulé.

Des recherches nécroscopiques multipliées m'ont démontré que la tuméfaction généralement attribuée aux parotides et aux autres glandes salivaires, avait uniquement son siège dans les ganglions lymphatiques qui correspondent au pharynx.

Aucun examen authentique n'a jusqu'ici constaté que l'inflammation scarlatineuse se soit profondément étendue dans les canaux aérifères.

Pendant la durée de l'épidémie scarlatine qui s'est propagée dans le département d'Indre-et-Loire, depuis 1824 jusqu'en 1828, une altération morbide observée à la suite de quelques autres pyrexies, a été aussi rencontrée dans les cadavres de quelques individus enlevés par la scarlatine.

La plèvre diaphragmatique, les replis de cette membrane séreuse qui forment le médiastin, la plèvre pulmonaire elle-même, le péritoine, se sont trouvés d'une aridité remarquable; dans plusieurs points cette aridité était comparable à celle qui est le résultat du contact prolongé de l'air; on eût dit que chacune de ces cavités splanchniques largement ouverte était restée, pendant quelques heures, exposée à son action.

Pronostic.

17. Des vomissemens répétés et prolongés; la diarrhée qui se montre dès le début de la maladie, la fréquence, la petitesse et l'irrégularité du pouls, présagent un grand danger. Le délire, l'intensité de l'inflammation couenneuse du pharynx, la rougeur foncée et la chaleur brûlante de la peau ou l'abaissement de sa température, sa lividité, celle des lèvres, une grande anxiété, la rétrocession de l'éruption, la persévérance des vomissemens et de la diarrhée, la

dyspnée, sont autant de symptômes graves qui feront d'autant plus redouter l'issue funeste de la maladie, qu'ils se trouveront réunis en plus grand nombre.

Traitement.

18. On voit combien doivent différer les résultats des mêmes moyens thérapeutiques lorsqu'ils sont opposés à une maladie aussi variable que la scarlatine. De là tant d'assertions vraies, et cependant contradictoires; de là la difficulté d'apprécier la valeur des médications qui tour à tour ont été blâmées et préconisées.

19. Les émissions sanguines générales et locales, les scarifications des tonsilles, les vomitifs et les purgatifs, les stimulans diffusibles, les affusions froides, également improuvées et recommandées, n'ont certainement point toute l'influence qui leur a été attribuée sur l'issue de la scarlatine.

20. Il est facile de comprendre, d'après ce qui a été dit précédemment, que la même médication ne peut convenir ni aux diverses modifications de cette maladie ni à ses phases successives. Si les affusions, en tempérant la chaleur de la peau, en modérant une exhalation trop active, en prévenant le dessèchement des surfaces viscérales, sont instantanément suivies d'un mieux être général, peut-on en attendre un résultat aussi favorable dans des conditions opposées.

En admettant que les émissions sanguines puissent être quelquefois motivées par l'intensité de la réaction fébrile, il reste démontré, pour un grand nombre de praticiens, que ces cas sont beaucoup plus rares que les apparences ne semblent l'indiquer.

Fréquemment la liquéfaction et la décoloration du sang sont les conséquences de la scarlatine grave, et on ne peut se dissimuler que cette altération ne soit favorisée par les émissions sanguines.

21. Quel que soit le mode d'action des purgatifs donnés à faibles doses et de manière à ne pas provoquer au-delà de deux ou trois évacuations en vingt-quatre heures, on voit pendant leur usage les symptômes graves se modérer. Un grain de calomel, uni à trois ou quatre grains de jalap (et cette dose répétée deux, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures), produit ordinairement l'effet désiré. Il ne faut pas oublier les dangereux effets que ce médicament peut produire lorsqu'il est absorbé. Il est donc prudent d'administrer une potion saline toutes les fois qu'il manque à exercer son action purgative.

Les sels neutres, à doses réfractées, tout en provoquant momentanément quelques évacuations abondantes, offrent un moyen de modérer la diarrhée.

Les vomitifs, généralement employés au début de la scarlatine vers la fin du dernier siècle, sont tombés dans un discrédit qui peut-être n'est pas plus mérité que la confiance qu'on leur avait accordée.

BRETONNEAU,

Médecin en chef de l'hôpital de Tours.

LIGATURE DE L'ARTÈRE RADIALE.

Monsieur le rédacteur,

Les deux observations sur les blessures de l'artère radiale guéries par des moyens différens, que j'ai lues dans votre numéro de mars, m'en rap-

pellent quelques autres que je me fais un plaisir de vous adresser à l'occasion de mon abonnement. Vous pouvez les publier. Ce sont de ces tout petits faits que je ne vous donne que pour ce qu'ils valent, sans y attacher beaucoup d'importance, parce que tous les jours il doit s'en passer d'à peu près semblables. Toutefois votre entreprise scientifique est tellement utile et digne d'encouragement que tous les médecins, qui n'ont pas un intérêt opposé, devraient la faciliter par tous les moyens qui sont en leur pouvoir.

Or, pour arriver au fait, je me souviens que, dans ma jeunesse, étant de garde dans le fort de Rochefort, sous les ordres du chirurgien-major de l'expédition de Bougainville, ce qui indique qu'il y a déjà quelque temps, un forçat, en taillant une pierre assez dure, en fit sauter un éclat qui lui ouvrit l'artère radiale gauche au poignet. Le sang s'élança aussitôt, rouge, ruisselant et par saccade; cet homme l'arrêta par la compression avec la main opposée. Mais en venant se faire panser, il ne put résister à l'espionnerie d'en faire jaillir à la figure de ses camarades au milieu desquels il passait. C'était, il faut en convenir, une double preuve d'insouciance qu'il donnait là et comme forçat et comme blessé. L'ouverture de la plaie était étroite et nette, je fis une compression directe, je plaçai sur le trajet de l'artère une compresse longue et graduée en maintenant le tout par des tours de bande assez serrés. L'hémorrhagie s'arrêta et sans aucun autre moyen le malade fut guéri dans cinq à six jours.

Plus tard, je devins à mon tour chirurgien-major, et, navigant comme tel dans les parages orageux du cap de Bonne-Espérance, nous eûmes pendant quinze jours des temps affreux en passant sur le banc des Aiguilles. Un brave officier, vrai type de marin (1), fut précipité dans un violent coup de roulis contre une porte vitrée. Plusieurs morceaux de verre lui entrèrent profondément dans la paume de la main. Le sang sortait avec abondance et tout indiquait qu'une des arcades palmaires avait été ouverte. J'enlevai tout le verre que je pus apercevoir ou sentir, j'arrêtai le sang par une compression directe, modérée, aidée par des compresses graduées, appliquées sur la radiale et la brachiale. M'étant ainsi rendu maître de l'hémorrhagie, j'attendis, non sans crainte, les événements et la fin de la tempête. Car j'avais, comme chacun sait, plus d'une sorte d'accidens à redouter. Il n'en survint aucun. La diète et des fomentations résolatives opiacées aidèrent à la guérison qui eut lieu dans huit ou dix jours. Deux mois après, une esquille de verre, d'environ trois à quatre lignes de longueur, pointa perpendiculairement au milieu de la main, sans douleur et sans aucune suppuration; elle fut retirée à l'aide de la pointe d'une lancette sans qu'il sortit de sang. Depuis ce temps, M. L...x, n'a rien senti d'une blessure qui pouvait être très grave.

Une autre fois, après un terrible coup-de-vent reçu sous le cap Horn, nous allâmes nous

(1) Il eut à s'acquitter d'une des plus périlleuses entreprises des temps modernes: un jour, Napoléon le lança sur la mer avec douze hommes dans un bateau que sa volonté fit construire en huit jours, pour porter des lettres à l'île-de-France. Cet officier échappa à l'ennemi, fit ses 3,600 lieues et arriva que la colonie était prise.

perdre sur les îles Malouines. Sur ces plages désertes nous vivions, depuis plus d'un mois, d'animaux sauvages, sans trop savoir comment nous en sortirions, lorsqu'un navire baleinier américain vint nous tirer d'embarras. Bientôt après, une baleine étant venue s'échouer dans la baie où nous étions, ce bâtiment envoya du monde pour la dépêcher et en faire de l'huile. Un des matelots travaillant à cela se divisa complètement, avec un grand coutelas, l'artère radiale au poignet. Ses compagnons furent obligés de faire plusieurs ligatures à l'avant-bras et au bras pour arrêter le sang, qui coula cependant avec assez d'abondance depuis le lieu de l'accident jusqu'à notre camp de naufragés, distant d'une demi-lieue. Comme je chassais ce jour-là pour la provision commune, j'arrivai fort tard sous la tente. Mon collègue me rendit compte de ce qui était survenu. Il avait, en attendant mon arrivée, fait une compression méthodique sur la brachiale. Le gonflement de tout le membre était considérable. Nous remîmes au lendemain à voir ce qu'il y aurait à faire, lorsque, dans la nuit, le tourniquet s'étant dérangé, une hémorrhagie considérable survint qui nécessita la ligature immédiate de l'artère. Jamais je ne pus trouver le bout inférieur du vaisseau pour y placer une seconde ligature. A chaque instant, je m'attendais à voir se renouveler l'hémorrhagie, et je me préparai moi-même à faire, à l'aide d'une aiguille, une ligature médiante; mais ce ne fut pas nécessaire. La guérison de la plaie de l'avant-bras fut assez longue à s'effectuer, ce qui nous fit emmener ce marin pour lui continuer nos soins. Il me fournit dans cette circonstance une nouvelle occasion d'étudier l'action du moral et de la volonté sur le physique, et cela sur moi-même. Bien que j'aie fait dans ma vie quelques soixante mille lieues sur l'Océan, je suis fortement tourmenté du mal de mer chaque fois que je sors du port. Je n'en fus point exempt alors, mais la nécessité d'aller panser mon malade me fit me roidir contre la plus accablante indisposition, qu'on ne peut réellement bien apprécier que quand on l'a éprouvée.

Vous trouverez peut-être, monsieur, que je suis un peu verbeux et que je fais plus d'un détour avant d'arriver au but; mais il y a assez d'aridité et de sécheresse dans nos descriptions de maladies pour faire pardonner les accessoires qui les animent: et puis, je me fais vieux et, comme les vieillards, j'aime à raconter longuement. S'il vous en plaît ainsi qu'à vos lecteurs, le soir, au coin de mon feu, j'exhumerai quelquefois de mes souvenirs certains faits relatifs à notre art, que j'ai vus par le monde et sous plus d'une latitude: quand ce ne serait que de l'Afrique aux îles Sandwich ou de la Nouvelle-Zélande à l'archipel d'Asie.

Quoy, D. M.

RECTIFICATION.

A Messieurs les Rédacteurs du *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales.*

MESSIEURS,

L'avant-dernier numéro de votre journal contient un article sur le traitement des pertes de sang qui peuvent suivre l'accouchement, dans lequel il s'est glissé une inexactitude qu'il est utile de rectifier. Je vous adresse cette rectifi-

cation d'après les renseignemens que j'ai pris moi-même auprès de la sage-femme nommée par M. Baudelocque neveu, et du mari, veuf de l'accouchée.

Une jeune personne épouse à dix-huit ans M. Loulier, peintre en bâtimens, rue de Clichy. A trente-un ans, madame Loulier était enceinte pour la onzième fois, ayant eu dix filles qu'elle avait nourries et dont six lui restaient. Parvenue au septième mois de sa grossesse, elle est prise, la nuit, d'une perte de sang. Sa sage-femme accourt, et reconnoît que le placenta est inséré au col de la matrice. Elle s'empresse de comprimer en bourrant avec de la filasse, à défaut de charpie, le vagin jusque pardessus la vulve, et soutient le tampon avec la main pendant plusieurs heures; mais le sang s'infiltré à travers l'appareil, et le moyen de compression ayant été renouvelé trois fois, la sage-femme appelle le médecin de la famille, le docteur Alphonse Martin, qui, vu l'imminence du danger, demande l'assistance de M. Baudelocque neveu. Ces messieurs trouvant un commencement de dilatation au col de la matrice, n'hésitent pas à faire l'accouchement. M. Baudelocque amène deux garçons vivans. Tandis que la sage-femme donne des soins aux deux nouveau-nés, la perte de sang récidive, malgré la délivrance. Alors M. Baudelocque emploie son moyen de compression: on plie un drap en plusieurs doubles pour lui donner la forme d'un carreau qu'on applique sur le ventre, puis on passe en longueur une nappe sur ce carreau autour du ventre, et les deux accoucheurs tirant par une extrémité en sens contraire, compriment, à tout risque, l'aorte et le ventre. La femme avait été couchée dans la supination, les cuisses à demi fléchies et la tête dans une position déclive. Au bout d'une heure, plus de perte de sang. On laisse la mère en repos dans la même situation jusqu'au soir, qu'on la porte dans un autre lit, et on se contente de soutenir le ventre avec un bandage de corps.

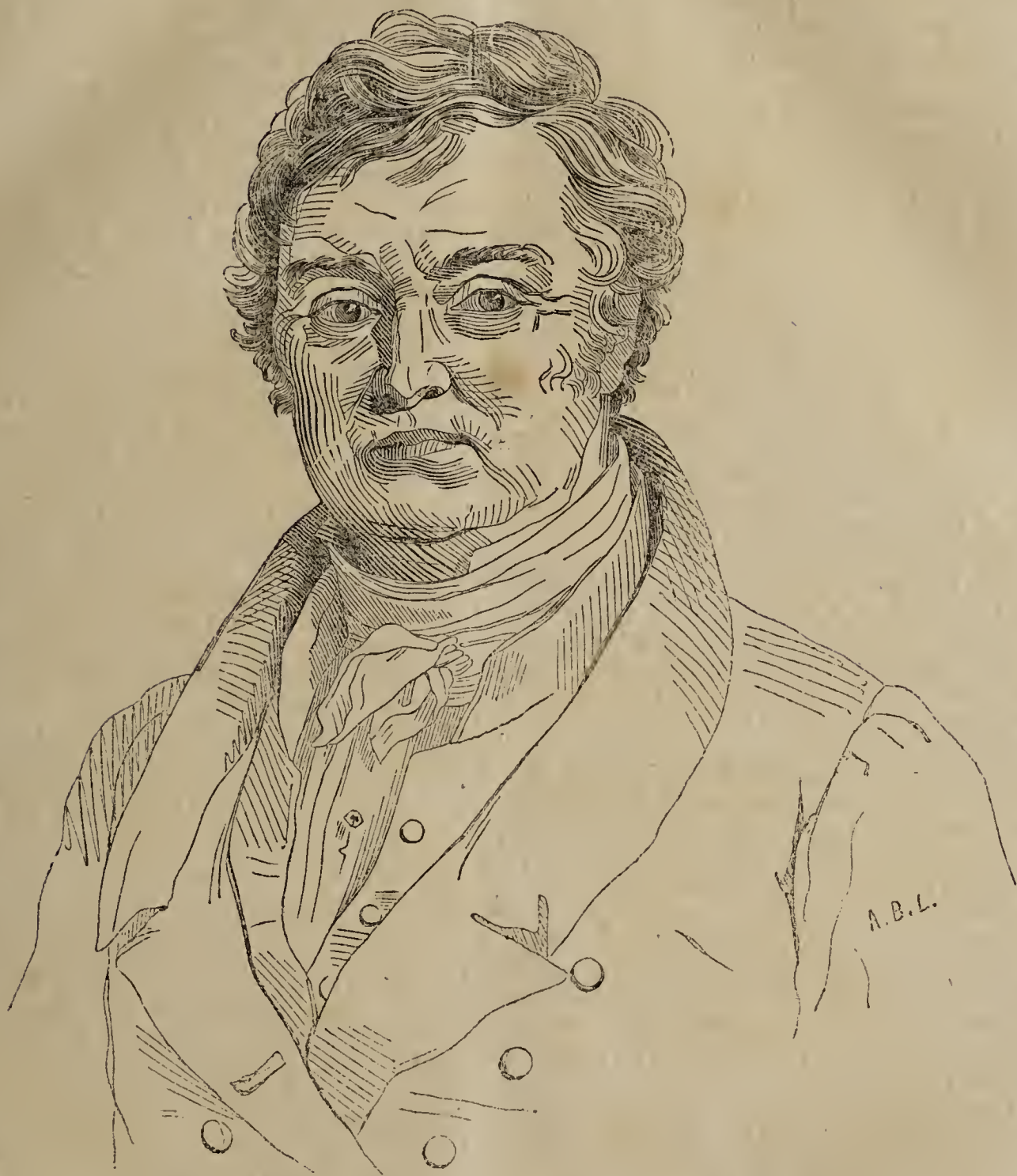
Le lendemain matin, l'accouchée était aussi bien que possible, et l'on pouvait concevoir des espérances. Mais le soir, il survint des douleurs de ventre, des épreintes, ensuite des selles fréquentes. Bientôt la fièvre s'alluma pour ne plus céder. Jamais la femme ne s'est rétablie, n'a pu s'occuper de ses enfans, ni de son ménage; elle prenoit souvent des bains de siège qui lui procuraient un soulagement momentané. Passés deux mois, une tumeur inflammatoire se forma dans le flanc gauche et abcéda. Bref, madame Loulier a fini par s'éteindre le 9 du mois d'avril 1831.

Certainement M. Baudelocque a prolongé la vie de l'accouchée, et je ne renonce pas à son moyen de compression; mais si, après la délivrance, je soignais, comme cet accoucheur, une femme de peu d'énergie, à fibre molle, je tenterais d'abord, plutôt que d'en venir d'emblée à son procédé, une compression modérée que je seconderais par l'application de larges ventouses sur les seins, à l'imitation d'Ambroise Paré, qui prescrit de les appliquer avec grandes flammes sur les mamelles des femmes, pour faire révulsion de leurs mois, quand ils fluent trop. (Liv. de pl. op. de chirurg.)

V. O. GOURAUD, père,
Ancien professeur d'accouchemens à l'hospice général de Tours.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES D'OUVRAGES.



F.-J.-V. BROUSSAIS. (1)

Examen des doctrines médicales, par F. J. V. BROUSSAIS. — 3^e édition, 4^e volume.

L'auteur de l'article qu'on va lire eut à juger, il

(1) M. Broussais, dans sa manière de comprendre l'homme malade, d'étudier et d'interpréter les phénomènes de la maladie, de voir les conséquences pratiques qui en découlent, a établi des propositions que nous ne pouvons admettre, que nous croyons contraires à la vraie observation et à la vraie logique médicales. Nous avons dit, et nous disons chaque jour pourquoi; mais cet illustre médecin a remué avec une si énergique pensée les questions principales et continuelles de notre science, a proclamé en philosophie médicale des vérités si grandes et si méconnues des contemporains, que son nom nous paraît acquis à la postérité. A cause de cela nous avons voulu placer son portrait dans notre recueil à côté de ceux des hommes dont se glorifie la médecine. Quant à sa Biographie, quelque intéressante qu'elle puisse être, elle nous est interdite. Jamais nous ne toucherons à la vie d'un homme vivant.

(H. GOURAUD, J. LEBAUDY, A. TROUSSEAU.)

y a plusieurs années (2), la 3^e édition de l'*Examen des doctrines médicales*. Alors, comme à présent, il croyait fondamentalement fausses les bases de la médecine physiologique, et professait pour le talent de M. Broussais la plus haute considération; il pensait que la critique ne pouvait être quitte envers un tel homme au moyen de quelques plaisanteries spirituelles et faciles, et il essayait, par la méditation et le travail, de mettre la logique du bon sens en face de la logique du nouveau chef d'école. Il procédera aujourd'hui de la même manière, étudiant avec sérieux, avec conscience, quelquefois avec admiration, souvent avec peine, le dernier volume de l'*Examen*.

Ce volume nous paraît supérieur aux trois qui l'ont précédé.

Dans ces derniers, le médecin physiologiste

(2) *Revue médicale de juillet 1831.*

examinait surtout les hommes que, de nos jours, on est convenu d'appeler les *anciens* (sans doute parce que leur méthode d'observation se rapportait à la méthode *antique*), et les poursuivait tous avec une égale colère, Hippocrate, Galien, Arétée, comme Thémison, Stahl, Sydenham, Baglivi, Boerhave, comme Paracelse. Dans tous ces illustres observateurs, M. Broussais ne voyait que folie, *fatalisme*, *ontologisme*. *Fatalisme*, parce qu'ils avaient cru découvrir dans les mouvemens de l'organisme de certaines lois, dans les maladies une marche régulière, une tendance déterminée et jusqu'à un certain point indépendante de nos actions thérapeutiques, parce qu'ils avaient pensé que les phénomènes observés sur l'homme vivant ont entre eux des relations de causalité qui peuvent les faire prévoir, qui permettent de les amener ou de les détourner les uns par les autres. Les idées de *force vitale*, de *nature médicatrice*, de *crises*, et les principes d'expectation ou d'action dans le sens voulu par la nature, qui en découlaient, n'étaient, pour lui, que l'expression de ce vieux et universel fatalisme médical. *Ontologisme*, parce qu'ils avaient supposé l'existence d'autre chose que ce qui est révélé immédiatement par les sens, et conclu, par exemple, des effets *spéciaux* produits dans l'organisme à l'existence de dispositions intérieures *spéciales*, et de causes extérieures *spéciales* agissant sur cet organisme; parce qu'ils n'avaient pas trouvé que toutes les variétés épidémiques, que toutes les fièvres gastrique, bilieuse, vermineuse, miliaire, pétéchiale, etc.; que la variole, le choléra, la coqueluche, fussent le résultat d'un même travail pathologique, l'*irritation*; parce qu'ils avaient découvert un être appelé *nature*, un être appelé *fièvre*, un être appelé *variole*, ou de tel ou tel autre nom d'épidémie.

M. Broussais n'avait pas compris ou n'avait pas voulu comprendre que les hippocratistes et les historiens d'épidémies s'étaient placés tout-à-fait en dehors de la métaphysique, et que simplement ils avaient raconté ce qu'ils voyaient, donnant le nom de *force vitale*, de *nature* à la puissance, quelle qu'elle fût dans son principe et dans son essence, dont les effets leur étaient manifestés, et assignant semblablement des *caractères* particuliers et une dénomination particulière à un groupe, à un ensemble de phénomènes qui par leur origine, leur marche, leur mode de propagation, leur terminaison, leur façon de guérir, différaient beaucoup des maladies ordinaires, quelle que fût d'ailleurs la cause *primitive* et *essentielle* de ces phénomènes. Que quelques-uns eussent été au-delà des faits sur les ailes de leur imagination et se fussent jetés dans de subtiles hypothèses, c'est à ceux-là qu'il fallait s'en prendre, et non à la méthode.

Prenons un exemple : Nous sommes bien loin d'admettre dans tous ses raffinemens la théorie de Stoll sur l'influence de la bile dans la production des maladies, ou de partager les idées, quelquefois si malheureuses, de Sydenham, sur le bouillonnement du sang, la fermentation et le raptus des humeurs; mais, nous faisons ici appel à tous ceux qui ont étudié et médité les écrits de ces deux grands hommes, qui ont admiré les admirables tableaux de maladies tracés par eux, et examiné les belles et

justes indications thérapeutiques qu'ils ont su si souvent tirer de la vue de la nature, et nous demandons si c'est juger Stoll que de dire en deux lignes que *le célèbre Stoll donnait en Allemagne une vogue prodigieuse à la bile et au traitement délayant et évacuatif de cette humeur*, si c'est rendre justice à Sydenham que de répéter, à satiété et sans preuves, pendant plusieurs pages, que c'est un créateur d'*entités épidémiques* et qu'il a donné naissance aux classificateurs d'*entités morbides*, aux nosologistes : le tout, parce que ces auteurs n'ont pu voir une irritation pure et simple dans les maladies si *spécialement caractérisées* qui se sont offertes à leurs yeux. Il n'y a, en vérité, qu'une déplorable préoccupation systématique qui puisse jeter dans des voies de critique si étroites et si fausses un esprit aussi supérieur que celui de M. Broussais.

Car nous sommes de ceux qui le reconnaissent, cet écrivain a une capacité d'intelligence et de logique médicale qui ne nous paraît exister à un aussi haut degré dans aucun des hommes d'aujourd'hui : il sait où sont les bases de la *science*, et il les sonde avec audace; il conçoit l'*art* médical dans toute sa généralité en homme fait pour être médecin et pour reculer les bornes de la médecine; il veut à cet *art* des lois, et il comprend à merveille que toute espèce de lois ne lui vont pas, et souvent il démontre fort bien que les lois qu'ont essayé de tracer ceux qu'il appelle *les législateurs* sont mauvaises. C'est là, dans cette généralité (parfois dans le détail, quoique beaucoup moins), que sa logique est juste, belle, puissante. Oh ! alors, tant qu'il est dans ce cercle, donnez-lui un adversaire qui ait bien tort, un homme qui ait fondé sa théorie sur des données bien illégitimes, ou qui ait divisé et classifié bien arbitrairement, quelque spécieux ou quelque fort que soit cet homme, Boerhave ou Pinel, vous verrez se déployer le talent de *critique* de M. Broussais avec toute sa verve, vous le suivrez avec un attrait que nul autre ne vous inspire, vous crierez qu'il a raison, qu'il verse la lumière à pleines mains..... jusqu'à ce qu'il vienne vous présenter son *dogme* en place du dogme qu'il a détruit tout-à-l'heure, qu'il se montre aussi petit qu'il s'est montré grand, qu'il rétrécisse les questions médicales autant qu'il les avait élargies et étendues, et qu'il se perde dans les ténèbres de l'ontologie la plus anti-logique et la plus anti-naturelle. Comment expliquer l'alliance, dans la même tête, d'une *critique* souvent si puissante, et d'un *dogmatisme* le plus souvent si faux, si inconséquent, si opposé à l'expérience de chaque jour ? Ce phénomène s'observe chez la plupart des médecins révolutionnaires, je veux dire qui ont fait révolution : ils aperçoivent, pour la pulvériser, la moindre des erreurs qui ont besoin d'être détruites et qu'ils semblent avoir mission de détruire, et puis se laissent aller, eux, de très bonne foi à de plus graves erreurs encore : ainsi Galien, ainsi Boerhave, ainsi Brown, ainsi Broussais. Peut-être est-ce que le temps détruit, et que l'homme ne fait que mettre sur l'œuvre du temps le sceau de son talent et de son génie, en révélant à la foule ce qu'elle savait et dont elle ne se rendait pas compte; ainsi on pourrait dire que la doctrine de M. Pinel était usée et avait fait son temps, quand M. Broussais est venu l'achever. Peut-être est-ce qu'une *théorie* médicale est impossible comme la veulent faire la plupart des

« systématiques en la fondant sur la nature *élémentaire* et *essentielle* des phénomènes, qui toujours échappe à nos sens et à notre observation : alors on concevrait que le *critique* ayant fait sa besogne, le *dogmatiste* ne peut faire la sienne, puisque l'un a entrepris ce qui était à entreprendre et que l'autre tente l'impossible. S'il faut une explication, j'aimerais mieux la dernière.

Je demande pardon au lecteur d'insister sur une chose qui d'abord peut paraître toute de curiosité métaphysique : mais c'est qu'après réflexion, cette question incidente m'est apparue comme capitale. Se demander pourquoi et quand un homme, de l'aveu de tous, est fort ; pourquoi et quand, de l'aveu de tous, sa force l'abandonne, et comment il y a ainsi en lui deux hommes, n'est-ce pas rechercher la loi de l'application de notre intelligence aux phénomènes que la nature nous présente dans les maladies ? La preuve, c'est que si on était parvenu à établir assez positivement dans quel cercle de faits et d'idées doit se contenir le génie dogmatique, sous peine de sortir de la véritable observation, on épargnerait à des hommes de talent un travail d'imagination et de pensée inutile ou dangereux : la réalité ferait place à l'ontologie, pour M. Broussais comme pour d'autres.

Nous avons dit en quoi la critique de M. Broussais porte à faux contre la partie vraie et belle des anciens : nous laissons à pressentir en quoi elle frappe juste les théories astrologiques, mécaniques, chimiques, etc., et nous nous hâtons d'arriver au sujet même de cet article, les théories *anatomiques* ou *organiques* de la médecine contemporaine. Ici encore, nous aurons besoin de ne pas perdre de vue la distinction que nous venons de faire entre le *critique* et le *dogmatiste*, pour donner une juste idée tout à la fois de la force et de la faiblesse de l'auteur.

La pensée qui domine toute cette partie de l'ouvrage est une pensée de réaction contre l'anatomie pathologique et contre la valeur qu'on a donnée, dans ces dernières années, à cette partie de la science. L'auteur s'indigne, avec la verve éloquente qu'on lui connaît, de l'habitude qu'ont prise les médecins de nos jours de voir toute la maladie sur le cadavre, et de se laisser détourner, par les inspections nécroscopiques, de l'observation et de l'appréciation des causes de maladie, des phénomènes, directs ou sympathiques, de réaction de l'organisme contre les agents modificateurs, enfin de l'action de nos moyens thérapeutiques. Je le répète, quand M. Broussais se tient dans ces hautes généralités, les trois quarts du temps on ne saurait mieux penser et mieux dire qu'il ne pense et qu'il ne dit. Ceux qui, comme nous, attachent l'importance première, dans les maladies, aux faits vitaux, aux phénomènes de réaction vitale, qui croient que toute la médecine est là et que le plus souvent l'anatomie pathologique vient pour compléter l'histoire de la maladie plutôt que pour en éclairer le diagnostic et la thérapeutique ; ceux-là ne trouveront-ils pas pleines de sagesse les paroles que nous allons citer sur la funeste tendance imprimée aux études médicales par l'anatomo-pathologisme ?

« Cette méthode, dit M. Broussais en parlant des auteurs qui veulent soumettre la médecine à l'anatomie pathologique, cette méthode d'instruction médicale est fréquemment sui-

« vie de nos jours. Le jeune élève chargé d'ouvrir et non de traiter, de constater les altérations des organes et non de les prévenir, commence par s'exercer à prévoir les désordres qui vont apparaître à l'ouverture de chaque malade qui s'achemine vers la mort. L'anatomie pathologique se place ainsi en premier ordre dans son esprit.

« La médecine s'étudie donc aujourd'hui par une méthode tout-à-fait opposée à celle que l'on suivait autrefois. On étudiait les groupes de symptômes, et l'on allait ensuite les comparer avec l'état des organes, lorsque la chose était possible, ce qui arrivait bien rarement. Aujourd'hui que toutes les études commencent par l'anatomie, on débute par remarquer les différences qui existent entre l'état normal et l'état anormal, et l'on fait toute sorte d'efforts pour soumettre les groupes des symptômes aux altérations matérielles telles qu'on les rencontre dans les cadavres, c'est-à-dire, pour trouver l'explication des symptômes dans les lésions matérielles des organes. De là résulte un profond mépris pour les phénomènes de vitalité considérés en eux-mêmes, ou pour la physiologie pathologique, et le défaut de notions exactes sur la manière dont l'aberration de ces mêmes phénomènes arrive définitivement à la production des altérations organiques.

« Cette manière d'observer a ses mécomptes dont les commençans n'ont garde de se douter. Le premier est de leur fermer les yeux sur l'action des modificateurs externes, et de les empêcher pendant long-temps de devenir praticiens ; c'est ce qu'il est facile d'observer dans tous les mémoires, et même dans tous les ouvrages publiés depuis Corvisart, dans le but de rectifier et de fonder définitivement sur l'anatomie pathologique les caractères de certaines maladies (travaux de Bayle, de Laennec, et de leur école) : préexistence des lésions aux symptômes, et par conséquent subordination de ceux-ci aux lésions ; efforts multipliés pour les accorder entr'eux sans nuire à la prééminence de ces dernières ; négligence de l'étude des modificateurs causatifs ; négligence plus grande encore, et quelquefois ignorance affectée des modificateurs exaspérans ou curatifs ; tels sont les caractères de toutes ces productions. » (p. 528-529.)

Peut-être qu'il nous est permis de demander si M. Broussais n'a pas contribué à imprimer le mouvement sur lequel il déverse le blâme et le mépris, s'il n'est pas un des chefs de cette école anatomique ou organique qui, depuis Corvisart, n'a rien publié où les caractères des maladies ne fussent définitivement fondés sur l'anatomie pathologique. Qu'est-ce donc que la localisation des maladies comme il l'a conçue, sinon la médecine fondée sur l'anatomie ? Qu'est-ce que le traité des *phlegmasies chroniques*, où l'auteur s'attache si minutieusement et d'une manière si forcée, à grouper tant et de si graves et de si divers symptômes autour d'un peu de rougeur de la membrane muqueuse gastrique ou intestinale, ne voulant jamais que quelques différences accidentelles dans l'intensité des phénomènes sympathiques et quelques complications portent les médecins à en établir d'essentielles dans la nature même du mal ? Cela est si vrai, que lorsque la médecine appelée organique fut

inventée et publiée, M. Broussais réclama l'honneur de la découverte, et déclara l'organicisme enfant bâtard du physiologisme.

C'est donc cette faculté de généralisation instinctive, dont nous avons parlé plus haut, qui a fait sortir M. Broussais du cercle anatomique dans lequel, primitivement et logiquement, il était renfermé. Et même, dans ce cercle, il n'y était pas avec avantage vis-à-vis des anatomo-pathologistes ou organicistes; car si ceux-ci avaient, comme lui, le malheur de mettre tout dans la lésion locale, ils concevaient autrement que lui, d'une manière plus large et plus étendue que la sienne, cette lésion locale; et, tandis que M. Broussais se débattait dans la démonstration impossible de son *irritation*, eux, en cela meilleurs observateurs, voyaient dans certaines maladies quelque chose de *particulier* qui devait établir des différences essentielles dans le diagnostic et dans le traitement. Quand il eut raison, et encore aujourd'hui quand il a raison contre ses adversaires, il est remarquable que la *médecine physiologique* n'y est pour rien: c'est de la logique, de la critique pure; dès que la *doctrine* arrive, avec ses *propositions* et ses *corollaires*, elle gâte tout et lui fait perdre la partie, quelque belle qu'il l'eût d'abord.

Du reste, si nous insistons sur ce point qu'en fait et en logique le physiologisme se fondait, à l'origine, avec l'anatomo-pathologisme et s'appuyait sur les mêmes principes, et que M. Broussais a été et a dû être rangé dans la catégorie des anatomo-pathologistes, du jour qu'il a pris pour épigraphe: *Qu'est l'observation, si l'on ignore là où siège le mal*; si, dis-je, nous insistons sur ce point, ce n'est point pour le plaisir de mettre cet auteur en contradiction avec lui-même (ce qui est, en général, une faible manière d'avoir raison soi-même) mais bien pour montrer de plus en plus que le bon de sa critique est indépendant de son dogme.

Le médecin dont les travaux sont examinés avec le plus d'étendue, dans le quatrième volume, est Laennec. On se rappelle comment M. Broussais avait traité cet auteur dans sa deuxième édition: la critique d'aujourd'hui nous paraît en grande partie la reproduction de celle d'autrefois, critique quelquefois fautive dans le détail, mais généralement vraie dans l'ensemble. Car, selon nous, c'est avec raison que M. Broussais, tout en reconnaissant la rare sagacité de Laennec et sa grande supériorité dans cette partie de l'art que Corvisart appelait l'éducation médicale des sens, le range parmi les *anatomo-pathologistes* plutôt que parmi les médecins: c'est avec raison qu'il le trouve étroit et inconséquent, fondant sur les détails anatomiques toute sa pathologie et toute sa nosologie, et admettant l'essentialité des fièvres par suite d'un vieux respect de convention pour les anciens qu'il comprenait peu, n'ayant point d'idées générales sur la science, et étant du nombre de ces gens *spéciaux* dont l'auteur de l'*Examen des doctrines* dit: *Il est rare que ces hommes soient en même temps doués de vues larges et profondes, qu'ils résument bien les faits qu'ils ont recueillis, et qu'ils en extraient des idées-mères propres à faire faire de grands pas à la théorie.* Il est très sûr que toute l'observation de Laennec s'attachait à découvrir les *points* souffrants de l'économie et à considérer le mécanisme de leur souffrance, et qu'autant il déployait de finesse,

de subtilité dans cette analyse, autant il était faible dans l'étude des faits physiologiques, de leurs rapports de génération et d'influences réciproques, de leurs terminaisons possibles, et des méthodes thérapeutiques qui pouvaient correspondre à leurs périodes et à leurs tendances diverses: car quoi de plus empirique que sa thérapeutique? Toutefois cela n'empêche pas qu'il n'y eût dans Laennec plusieurs qualités distinguées d'observateur, et conséquemment des points d'observation précieux à recueillir. L'absence même de tout système, qui entraînait une plus grande impartialité, lui donne plusieurs fois raison contre M. Broussais; ainsi, dans la célèbre discussion sur la nature de la phthisie pulmonaire, où le médecin physiologiste vient encore se perdre dans ses éternelles explications tirées de l'irritation des vaisseaux blancs, ainsi dans la question des affections nerveuses ou spéciales des organes pulmonaires, où M. Broussais déclare que, dans ces maladies, il y a toujours congestion, et que c'est cette congestion qui est le mal, comme s'il n'y avait pas congestion consécutive dans toutes les maladies que le bon sens et l'expérience se refusent à classer parmi les congestions simples ou parmi les irritations simples. Mais, remarquez-le, c'est qu'ici M. Broussais veut appliquer sa théorie aux choses que Laennec aime mieux, avec nous, admettre comme inconnues dans leur nature, comme distinctes et spéciales par leurs phénomènes. Toujours donc même qualités et mêmes défauts: critique bonne et juste dans les généralités, critique mauvaise et fautive dans les détails d'explication *physiologique*.

Après Laennec, l'auteur attaque M. Louis, particulièrement sur la phthisie pulmonaire et sur la fièvre typhoïde ou dothinentérie. Quant à la phthisie pulmonaire, la question générale n'est plus en jeu, comme avec Laennec, c'est une gnerre de détails dans laquelle il ne nous est pas possible d'entrer. Les reproches faits aux histoires de fièvre typhoïde du célèbre anatomo-pathologiste sont en partie justes, en partie injustes. Oui: M. Louis donne souvent de longues histoires sans parler des prescriptions, du régime, des circonstances générales dans lesquelles se trouvent les malades, ou au moins sans en parler de manière à fixer l'attention; sous ce rapport, son observation, d'ailleurs si minutieuse, est incomplète et annonce un esprit bavard qui ne s'intéresse pas à la maladie; la manière, surchargée de détails ou insignifiants ou inutiles, de cet auteur, est une preuve de l'absence d'idées chez lui. M. Louis, dit M. Broussais, *ne se plaît que dans la dissociation!* Cela est vrai, et me rappelle ce que me disait un jour M. Bretonneau, mon maître: *« Mon ami, je viens de lire la Gastro-entérite de Louis. Prends-y garde. C'est un homme qui émiette tellement les faits qu'il n'est pas possible de les retrouver. »* Qui n'a éprouvé cela, qui n'a senti cet émiettement à la lecture de la Gastro-entérite ou de la Phthisie pulmonaire? D'un autre côté, M. Broussais a tort (car après avoir eu raison il faut toujours qu'il ait tort) de ne pas vouloir qu'il y ait dans la dothinentérie, ou gastro-entérite grave, ou gastro-entérite typhoïde, des symptômes caractéristiques ou spéciaux, et des symptômes accessoires ou communs, tout comme de se moquer de l'éruption des glandes de Peyer qui, selon lui n'appar-

tient en propre à aucune maladie. C'est ici, comme ailleurs, toujours la même réponse, que, nous *spécialistes*, nous avons à faire à M. Broussais; savoir, que nous n'imaginons rien, que nous observons ce qui est, et que nous croyons de notre côté les faits cliniques les mieux constatés et la logique la plus naturelle.

Avec M. Andral, pour lequel, du reste, il témoigne d'une considération que nous partageons, M. Broussais signale la funeste manie de *grouper* les symptômes autour des lésions, comme si les lésions commençaient par naître et se développer et que peu à peu les symptômes viussent se ranger autour de ces lésions. M. Andral peut répondre que ce n'est pas ainsi qu'il comprend la pathogénie, la génération et la marche des maladies: oui, mais s'il peut à la rigueur faire cette réponse et assurer que les choses se passent autrement dans sa tête, il n'en est pas moins constant que c'est ainsi qu'il a été compris, que c'est là l'impression qu'il a faite sur le public, et qu'il a, lui, plus puissamment que tout autre, habitué les élèves à *grouper* les symptômes autour des lésions. — M. Broussais se met ensuite en train de discuter l'humorisme, et alors l'avantage passe à son confrère: il s'attache à prouver que dans les maladies les plus *humorales*, les solides sont altérés ou troublés dans leurs fonctions. Tout le monde en convient, la question n'était pas là. Voici où elle était: « 1° Le point de départ de la maladie est-il dans les liquides? ou au moins, est-il dans les liquides plutôt que dans les solides (car il faut souvent, en médecine, se contenter de ce vague, de cet approximatif)? 2° la médication plus directement et plus immédiatement portée sur les liquides remédie-t-elle à l'ensemble des phénomènes pathologiques? » Or, le critique ne traite point ces questions.

Passant aux anatomo-pathologistes de l'encéphale, M. Broussais ne se trouve un peu d'accord qu'avec MM. Lallemand et Bouillaud, ses adeptes, qui veulent bien, à son exemple, reconnaître l'*irritation* comme l'unique moteur de tous les troubles encéphaliques et comme le point de départ de toutes les altérations, d'apparences si diverses, qui ont été rencontrées dans la masse céphalo-rachidienne. MM. Rochoux, Rostan, Calmeil, etc. qui ont observé ces altérations à des époques si diverses, qui ont pensé qu'elles avaient quelquefois une nature différente les unes des autres, parce qu'elles ne donnaient ni les mêmes résultats physiologiques, ni les mêmes produits anatomiques, ni les mêmes indications thérapeutiques, ces messieurs, disons-nous, sont, aussi bien que les anciens, des *ontologistes* et des *fatalistes*. C'est un parti pris: il n'y a pas moyen d'étudier une série de symptômes avec un peu de soin et d'y découvrir une certaine marche, ni de constater une lésion organique et de trouver qu'elle passe par plusieurs degrés successifs, sans créer des êtres de raison (*ontologistes*), et sans admettre la nécessité des dégénéralions organiques (*fatalistes*). Ce qui irrite (c'est le mot) notre auteur, c'est que les anatomo-pathologistes ne s'occupent point de surveiller le travail intérieur, moléculaire, qui précède les altérations visibles et palpables, travail qu'il appelle *préparatoire* et qui, bien entendu, n'est

autre chose que l'*irritation*, sanguine ou non sanguine: au lieu que c'est ce travail qu'il faudrait connaître et arrêter. Or, on est presque toujours sûr de l'arrêter en l'attaquant avec les *modificateurs* indiqués par M. Broussais: vous savez bien quels sont ces modificateurs. Les anatomo-pathologistes répondent que tant qu'ils ne voient rien, ils ne voient rien, et que s'il faut à toute force supposer quelque chose au-delà de ce qui se voit, l'hypothèse de M. Broussais n'est pas plus admissible, est beaucoup moins admissible, que plusieurs autres qui l'ont précédée: que, quant à eux, ils ne veulent point faire d'hypothèse. Nous ajoutons, nous, que le médecin doit en effet s'attacher à prévenir les altérations organiques, que, s'il peut l'apprendre quelque part, c'est dans l'étude de la vie et des ressources qu'elle lui présente, mais que la réaction vitale, soit dans sa marche spontanée qu'il est possible de prévoir, soit sous l'influence de nos agens thérapeutiques, se manifeste par un grand nombre de phénomènes différens que le vrai médecin doit étudier, non pour les arrêter impitoyablement, mais pour les diriger avec intelligence.

C'est la même sorte d'objection que fait l'auteur de l'*Examen* à M. Gendrin. Ce médecin dans son *Histoire anatomique de l'Inflammation*, a un livre consacré à l'exposition des caractères des tissus non enflammés, car il ne croit pas à l'existence universelle et *unique* de l'inflammation dans les dégénéralions organiques. M. Broussais ne comprend pas qu'un homme du mérite de M. Gendrin n'ait pas vu qu'avant les altérations dont il signale les caractères, il y avait un travail perturbateur et désorganisateur auquel tous les autres devaient être rapportés comme à leur source naturelle. C'est dans la profondeur des tissus, à l'origine de toute perturbation organique qui plus tard amènera des altérations *spéciales*, que le médecin *physiologiste* a la prétention de prendre la nature sur le fait; et, là-dessus, il proclame de nouveau son dogme dont nous ne retrouvons nulle part une expression plus naïve et plus singulière:

« Il résulte de toute cette discussion que le point cardinal de la doctrine des physiologistes est l'existence d'une irritation sans hyperémie, circonscrite dans les tissus lymphatiques, lamineux, aréolaires, qui altère leur exhalation, leur nutrition, y retient et y fixe la fibrine et l'albumine du sang, et produit ainsi, non-seulement la matière dite squirreuse et celle nommée encéphaloïde, mais aussi la dégénéralion tuberculeuse, la mélancolie, les dépôts des matières dégénérées, de matières d'aspect de miel, d'apparence de suif, et d'autres produits les uns consistans, les autres fluides, et très souvent fluides, avant qu'un surcroît d'irritation ou une inflammation consécutive se soit développé dans les tissus qui les contiennent (p. 516). »

M. Broussais s'écrie quelque part, à propos de M. Louis, je crois: « *Ily a donc des hommes faits pour obscurcir toutes les questions!* » On peut dire de lui-même, après avoir lu la phrase que nous venons de citer: Il y a donc des hommes d'un talent supérieur faits pour toujours se payer de mots et pour vivre dans une illusion éternelle! HENRI GOURAUD.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Mémoire sur l'action médicamenteuse de l'acide phosphorique dans l'extrême période du croup, présenté à l'Académie des sciences pour le concours des prix Monthyon, PAR M. AUGUSTE BOYER, ex-chirurgien interne des hôpitaux de Marseille.

Lorsque, par suite de la propagation de la diphthérie au larynx et de l'imminence de la suffocation, le médecin a pratiqué la trachéotomie, il doit ne rien négliger pour maintenir béantes les lèvres de la plaie et permettre par là un libre et large accès à l'air dans le tube aëriifère; pour atteindre ce but, on se sert de la canule de M. Bretonneau. Son emploi a pour inconvénient d'exiger une surveillance continue, en raison de la facilité qu'elle a à se laisser engouer par les mucosités qui la parcourent et s'y dessèchent. De plus, la tuméfaction plus ou moins considérable des bords de la plaie, met dans la nécessité de se servir de canules dont la longueur y soit appropriée. L'instrument que propose M. Boyer paraît plus commode, en voici la description :

Il se compose d'une tige métallique de huit à dix lignes de longueur, à coulisse, et brisée vers sa partie moyenne, de telle sorte qu'on peut augmenter ou diminuer sa longueur qui ne cesse pas pour cela de rester rectiligne; ses deux extrémités sont bifurquées et deux coulans qui se dirigent l'un à droite, l'autre à gauche, écartent ou resserrent à volonté les branches de bifurcation (en forme de porte crayon). Un anneau latéral ou une simple rainure circulaire se trouvent vers le milieu de la tige; ils servent d'attache à un fil qu'on noue derrière le cou fortement. Si l'instrument était mal fixé, cette précaution préviendrait sa chute dans le tube aëriifère. Lorsqu'après la trachéotomie on veut s'en servir, il est placé transversalement dans l'ouverture artificielle: les deux bifurcations droite et gauche reçoivent les bords correspondans de l'incision faite au larynx, et les pincent au moyen des deux coulans que l'on dirige de dedans en dehors. Le jeu de la tige donne suivant le besoin une dilatation plus ou moins grande à l'ouverture artificielle de la trachée de cet instrument; il ne s'engorgera pas et laissera la trachée entièrement libre: on pourra pratiquer des injections, enlever le mucus et nettoyer les bronches avec facilité. Dans un cas d'urgence, une petite tige en bois, bifurquée à ses deux extrémités, suppléerait assez bien à l'instrument que nous venons de décrire.

La trachéotomie n'est dans le croup qu'un moyen dilatoire qui permet de porter dans la trachée et les bronches les médications topiques, seules propres à arrêter dans sa marche envahissante l'inflammation diphthérique. La solution de nitrate d'argent, à laquelle MM. Bretonneau et Trousseau donnent la préférence aujourd'hui sur l'acide hydrochlorique, n'est pas sans danger; car, mise en contact avec le mucus des voies aériennes, elle en détermine la prompte coagulation: si donc, les

bronches se trouvent engouées par des mucosités, il arrivera que l'instillation du caustique donnant naissance à des bouchons albumineux déterminera l'asphyxie. M. Trousseau raconte avoir vu survenir cet accident, et la suffocation devint promptement mortelle.

C'est pour parer à ces graves inconvéniens, que M. Boyer propose de remplacer le nitrate d'argent par l'acide phosphorique préparé au moyen de l'acide nitrique, et non chauffé au rouge. Loin de coaguler le mucus, cet agent à la propriété de dissoudre tous les produits fibrineux, albumineux et pseudo-membraneux; l'auteur a pu le constater pour les fausses membranes du larynx d'un enfant atteint du croup, et qu'il devait à l'obligeance de M. Trousseau. De plus, mis en contact avec les membranes muqueuses, l'acide phosphorique produit une inflammation vive et peu durable; injecté dans la trachée d'un chien, il ne fait éprouver à l'animal que le sentiment d'une légère douleur; enfin, si son action n'est pas prolongée, son degré de causticité, quoique énergique, ne donne lieu qu'à des escharres superficielles. L'acide phosphorique employé doit être entièrement privé d'acidité nitrique, ce dont on s'assure en constatant qu'une solution de blanc d'œuf dans l'eau n'est pas troublée par cet agent.

C'était peu d'avoir démontré la propriété dissolvante de l'acide phosphorique, il fallait encore prouver qu'il s'opposait à la production de fausses membranes dans le lieu où il était appliqué. N'ayant pas eu l'occasion de l'essayer dans le cas de diphthérie, l'auteur fit ses expériences sur les productions pseudo-membraneuses qu'au moyen de vésicatoires il avait fait naître sur la membrane muqueuse labiale d'un chien et sur lui-même. Le succès dépassa ses espérances: plus promptement encore que par le nitrate d'argent et l'acide hydrochlorique, la sécrétion pelliculaire cessa sous l'influence de l'acide phosphorique; et, comme conséquence de tous ces essais, M. Boyer arrive aux conclusions suivantes:

1° Quelle que soit l'adhérence de la fausse membrane, l'acide phosphorique la détruira et pourra même en opérer la dissolution.

2° Que la concrétion membranense occupe toute l'étendue des voies aériennes ou qu'elle soit disséminée aux différens points de leur surface, elles ne sauraient échapper à l'instillation du nouvel agent.

3° Il importe peu que les productions diphthériques obstruent les premières ramifications bronchiques ou que des mucosités épaisses engouent ces conduits, l'acide phosphorique les atteindra facilement, et procurant leur fluidité facilitera leur expulsion.

4° Enfin la cause de la maladie sera détruite; car une des propriétés reconnues de ce caustique est de susciter sur la membrane du tube aëriifère une inflammation qui remplace ou modifie avantageusement l'inflammation diphthérique.

Depuis l'impression du mémoire de M. Boyer, l'emploi de l'acide phosphorique a été tenté chez un enfant trachéotomisé par M. Trouseau; deux fois, immédiatement après l'instillation du caustique dans les bronches, la suffocation devint imminente en même temps que fut secrétée et expectorée une énorme quantité de sérosité lactescente. Cet effet, si, comme tout porte à le croire, il n'est pas accidentel, doit pour toujours proscrire l'usage de l'acide phosphorique dans la diphtérie trachéale: et même l'emploi de ce médicament, ne fût-il sujet à aucun accident, une circonstance qui a échappé à l'attention de M. Boyer, lui ferait perdre tous ses avantages. L'acide pour dissoudre les fausses membranes doit avoir un degré de concentration, de causticité telle, qu'il y aurait une extrême imprudence à l'instiller alors dans les bronches, surtout à plusieurs reprises; brassé d'ailleurs avec les mucosités par la toux qu'il excite, l'acide phosphorique perdrait bientôt toute sa force dissolvante. A l'état de concentration où il fut employé chez l'enfant dont je viens de parler, quelques fausses membranes diphtéritiques purent, sans être attaquées, rester 24 heures en contact avec cet agent; d'après cela, comment supposer que quelques gouttes d'acide phosphorique séjournant à peine quelques instans dans les conduits aérifères, suffiront pour dissoudre les fausses membranes nombreuses et épaisses qui s'y trouvent développées. Au reste, la solution de nitrate d'argent assez peu concentrée pour ne troubler que légèrement la dissolution de blanc d'œuf dans l'eau, ne présente plus les inconvénients pour lesquels M. Boyer a cherché à la remplacer par l'acide phosphorique. (*Gaz. méd.*, février 1834.)

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mars 1834.

Les cinq numéros de mars contiennent les articles suivans: 1° *Mémoire sur une luxation de l'épaule en arrière, ou dans la fosse sous-épineuse, réduite au bout d'un an quinze jours*, par le docteur Sédillot; 2° *Observations sur les hallucinations de l'ouïe*, par M. Leuret; 3° *Observations sur la codéine considérée comme agent thérapeutique*, par M. Barbier, d'Amiens; 3° *Clinique chirurgicale de la Pitié; leçons de M. Lisfranc sur les maladies de l'utérus*; 4° *Mémoire sur les corps étrangers dans le conduit auditif*, par le docteur Deleau jeune; 5° *Mémoire sur l'efficacité du seigle ergoté dans le traitement des hémorrhagies et de la leucorrhée, et sur ses effets dans celui de la gonorrhée*, par le docteur Négri; 6° *Observation d'un cas d'enclavement simulé, accouchement par les seules forces de la nature*, par M. Jacob; 7° *Accouchement immédiatement suivi de l'expulsion du placenta*, par M. Mimare; 8° *Observation de rétention d'urine complète traitée et guérie par le cathétérisme*, par M. Etève; 9° *Ophthalmie périodique, ou fièvre ophthalmique octave*, par M. Meynier; 10° *Observation sur l'emploi du séton dans le traitement des tumeurs sanguines*, par M. Michel; 11° *Considérations sur l'atmiatrie pulmonaire*, par M. Martin Solon;

12° *Mémoire sur les résorptions purulentes*, par M. A. Boyer; 13° *Observations sur un bruit particulier du cœur*, par M. le professeur Puchelt.

Mémoire sur une luxation de l'épaule en arrière, ou dans la fosse sous-épineuse, réduite au bout d'un an quinze jours, par le docteur Sédillot.

La luxation de l'épaule fut d'abord méconnue, et traitée pour une fracture de l'omoplate. Un an après, le malade se confia aux soins de M. Sédillot; plusieurs raisons l'engagèrent à tenter la réduction, quoique la luxation dât de plus d'une année: l'ankylose n'était pas complète; le malade témoignait beaucoup de courage; sa constitution était bonne; le membre n'offrait aucun point douloureux; mais surtout l'espèce de luxation permettait d'employer des forces assez puissantes, sans craindre de léser les vaisseaux et les nerfs axillaires qui, placés en avant et en dedans de l'humérus, étaient à l'abri de toute violence. Les appareils de réduction ordinaire furent d'abord employés, mais sans succès; la contre-extension, appliquée autour du tronc d'une part, et sur l'acromion de l'autre, n'offrait pas assez de fixité, et l'extension, confiée à des aides, manquait de continuité et de gradation.

Il fallut un bandage exempt de ces défauts; la première pièce servant à la contre-extension était destinée à soutenir et à fixer l'épaule; le plein en était sous l'aisselle; une des extrémités remontait de là sur la clavicule, passait sur le rebord supérieur du scapulum, l'épine de cet os, et allait se réunir, en croisant ainsi l'épaule, à l'autre extrémité, qui s'étendait horizontalement derrière le dos. Chacune de ces extrémités supportait un anneau traversé par un lien dont les bouts étaient assujettis d'une manière immobile à un crochet en fer scellé dans le mur.

M. Sédillot regarde cette première pièce de bandage comme bien supérieure aux moyens adoptés en France et au bandage figuré dans l'ouvrage de M. A. Cooper; celui dont il s'est servi offre une contre-extension unique déterminée par la résistance du point fixe; l'action ne peut en être inégale, car elle se fait uniformément sentir sur les bords antérieur et supérieur du scapulum, sur l'épine de cet os et la clavicule; le malade est si bien fixé et maintenu que ses mouvemens volontaires ou accidentels restent sans influence sur le cours et le résultat de l'opération.

Une seconde pièce, de forme ovalaire et de huit pouces de longueur, devait encore servir à assujettir l'acromion; le milieu ou plein devait en être placé sur cette apophyse; les deux extrémités, portées en avant et en arrière de l'épaule, étaient garnies d'anneaux; les liens qui y étaient attachés passaient dans des poulies fixées au plancher, et permettaient l'emploi de toutes les forces nécessaires à abaisser l'omoplate de haut en bas, et un peu de dehors en dedans. Cette seconde pièce de bandage ne servit pas au but que l'auteur s'était proposé; mais il en tira un grand parti pour un autre usage tout-à-fait imprévu.

Une troisième pièce, ou brachiale, était destinée à l'extension; elle était formée d'un bra-

celet de quatre pouces de hauteur, lacé en dehors, convenablement rembourré, et couvert d'une peau de daim : il embrassait l'extrémité inférieure du bras, en prenant ses points d'appui sur l'épitroclée et l'épicondyle; une échancrure antérieure recevait l'avant-bras fléchi, et des anneaux latéraux supportaient les extrémités d'un lien dont le plein était attaché au crochet d'un moufle; celui-ci était maintenu de l'autre côté par une corde coudée à angle droit sur une poulie, et allant tirer le pèson d'une romaine à cadran, d'une force de mille livres. Avec cet appareil, on pouvait connaître le degré précis de la traction employée, et afin de rendre l'extension permanente et sans fatigue pour les aides, la corde du moufle s'enroulait sur un cylindre traversé à ses extrémités par des baguettes destinées à le faire mouvoir.

Les saillies latérales de l'épitroclée et de l'épicondyle rendent l'extension plus facile à appliquer au bras qu'au poignet, où l'on presse toujours les apophyses radiale et cubitale qui sont mousses, allongées de haut en bas, et très douloureuses aux moindres efforts.

M. Sédillot regarde comme plus imaginaire que réel l'inconvénient de comprimer quelques fibres des muscles biceps et triceps du bras. Par la disposition adoptée, l'effort devant se passer tout entier entre l'humérus et l'omoplate, il n'y avait à redouter aucune rupture de la peau ni des muscles, puisqu'en ramenant le bras à la position horizontale, on les mettait dans le relâchement ainsi que les nerfs et les vaisseaux.

L'appareil fut appliqué; les deux anneaux scellés dans le mur pour soutenir les efforts d'extension et de contre-extension n'étaient pas sur le même plan; le premier était plus élevé, et le bandage axillaire pressait pour cette raison l'acromion et le bord supérieur du scapulum de haut en bas et d'avant en arrière en les empêchant de basculer. Après une saignée d'une livre et demie, le malade fut assis sur un tabouret, et la traction commença, elle dura huit ou dix minutes; d'abord successive elle fut ensuite rendue permanente d'intervalle en intervalle; le plus haut degré porta l'aiguille de la romaine à 300 livres. Lorsque la tête de l'humérus eut dépassé le bord externe de l'acromion, M. Sédillot essaya avec la main, puis avec le genou de la repousser sous l'acromion en même temps qu'il portait le coude en arrière, et qu'il imprimait au bras quelques mouvemens de rotation; mais ces efforts restaient sans succès. Il fit alors appliquer le plein du bandage acromial resté sans emploi sur la face postérieure et supérieure du bras; quatre aides en saisirent les cordes, et tirèrent vigoureusement en avant, tandis que le chirurgien tirait le coude en arrière dans une direction absolument opposée; puis, confiant cet effort à un aide, M. Sédillot plaça son avant-bras gauche sous l'aisselle, et fit desserrer lentement le moufle au fur et à mesure qu'il abaissait le coude. En combinant ces deux mouvemens de bascule sur la tête de l'humérus, l'un qui tendait à la pousser en avant, et l'autre à la faire saillir en dehors, il eut la satisfaction de voir la tête de l'os s'engager sous l'acromion, s'y loger tout entière, et l'épaule se reformer.

Pour parvenir à maintenir réduite la luxation sans gêne pour la nutrition et les mouvemens du membre, M. Sédillot eut recours à un fort ressort supporté par une ceinture d'acier et garnie d'une pelotte dont on pouvait varier l'action au moyen d'une vis. Il exerça ainsi une pression permanente au-dessous et un peu en arrière de l'acromion, dans la direction de la tête humérale. Le point d'appui existait à la clavicule; l'épaule se trouvait ainsi maintenue et poussée en avant sans que le bras ni l'aisselle fussent comprimés. Au bout de quatre mois le membre pouvait exécuter avec facilité la plupart des mouvemens qui lui sont propres.

Mémoire sur les corps étrangers dans le conduit auditif, par le docteur DELEAU jeune.

M. Deleau regarde comme mauvais le précepte d'introduire la curette le long de la paroi inférieure du conduit auriculaire pour agir sur le corps étranger de bas en haut et d'arrière en avant. En procédant de la sorte, on ne peut éviter de presser le corps à extraire sur le centre de la membrane du tympan, qui peut être considérée par sa position oblique de haut en bas et de dehors en dedans comme la continuation de la paroi supérieure du conduit auditif. Il est aussi facile de s'apercevoir qu'en plongeant la lame ou la curette vers la partie inférieure et interne de ce canal, on est obligé de relever la main qui porte l'instrument, et de donner à celui-ci une direction oblique assez prononcée pour toucher en même temps la paroi inférieure du conduit par son extrémité, et par son milieu le bord supérieur de son orifice externe; comment alors dans une telle position de l'instrument, qui interrompt les rayons de la lumière, apercevoir et diriger les mouvemens que l'on réfléchit sur le corps à extraire? En suivant les parties latérales du conduit auriculaire, on atteint bien plus sûrement son but, et on risque moins de presser sur la membrane tympanique, et de la déchirer.

L'auteur regarde en général les pinces comme de mauvais instrumens. Le centre rétréci du conduit auditif empêche presque toujours les mors de s'écarter; de plus, elles obstruent les rayons de lumière, et souvent ne peuvent se loger entre le corps étranger et les parois du conduit. Dans un grand nombre de cas on se sert avec avantage d'une lame, d'un fil d'argent, ou tout simplement d'une épingle à friser dont on recourbe la pointe.

Observation d'un cas d'enclavement simulé; accouchement par les seules forces de la nature; par M. JACOB, médecin à Longeau.

M. Jacob fut appelé auprès d'une femme primipare, qui était en travail depuis trois jours entiers, la tête se présentait dans une position occipito-antérieure, mais depuis environ dix heures que la poche des eaux s'était crevée, elle était restée pressée dans cette position. M. Jacob ne tarda pas à reconnaître un défaut de rapports entre les diamètres du bassin de la mère et ceux de la tête du fœtus qui était bien développée. L'emploi du seigle ergoté fit naître de vives contractions utérines, mais sans que la tête avançât davantage.

L'introduction du forceps fut deux fois essayée

sans succès; enfin, par hasard, M. Jacob eut l'heureuse inspiration d'engager cette malheureuse femme à se faire traîner quelque temps dans sa chambre pendant qu'on lui préparait un bain; au bout de quelques pas, la tête se dégaugea, et des tractions répétées ne tardèrent pas à extraire un enfant mort, dont la tête était toute déformée. Ce fut alors seulement que M. Jacob put reconnaître une seconde cause qui peut être autant que l'étroitesse des diamètres du bassin avait retardé mécaniquement le travail; le cordon ombilical était entortillé autour des deux cuisses, vers leur racine par deux circulaires extrêmement serrées, dont l'une laissa même sur la peau une rainure prononcée; et, par une disposition bizarre et inexplicable, cet entortillement du cordon autour de la cuisse avait la disposition d'un S; ces anses détruisant toute la longueur du cordon, son extrémité placentaire se trouvait excessivement courte, et c'est cette brièveté qui, en ralentissant les effets de la contraction utérine, retenait l'enfant dans la matrice.

Accouchement immédiatement suivi de l'expulsion du placenta; par M. MIMARE.

M. Mimare, appelé pour terminer un accouchement, trouva à son arrivée le bras et l'avant-bras gauches attirés hors de la vulve par les imprudentes tractions de deux accoucheuses. Après une heure de repos donnée à la malade, et une saignée assez copieuse du bras, l'on put facilement introduire la main dans l'utérus (ce qui d'abord avait été impossible), reconnaître la position de l'enfant, opérer sa version, et amener tour à tour les pieds, le tronc, les bras et la tête; mais au moment de la dernière et de la plus violente contraction, au moment où la tête s'échappait et faisait un vide par sa brusque sortie, toute la masse placentaire tomba sur le plancher, car la femme était transversalement placée sur un lit et sur un plan incliné. Il n'y eut pas d'hémorrhagie inquiétante, et la malade s'est parfaitement rétablie.

Mémoire sur les résorptions purulentes; par M. AUGUSTE BOYER.

Tous les auteurs ont remarqué que l'organisme chez certains sujets peut s'imprégner d'une quantité assez considérable de pus sans dérangement notable des fonctions, tandis que quelques gouttes de ce liquide absorbées suffisent chez d'autres pour produire les désordres les plus alarmans; cette particularité n'a point été assez étudiée, néanmoins on avait observé que le pus des foyers sans communication avec l'extérieur n'entraînait pas les mêmes dangers relativement à son absorption qu'après avoir reçu l'influence de l'air qui agit sans doute en favorisant la décomposition de la matière purulente et en modifiant peut-être l'inflammation de l'organe sécréteur.

Quelques gouttes de pus très fétide injectées dans les veines d'un animal produisent en moins d'une heure des symptômes qui ont la plus grande analogie avec ceux du typhus: stupeur, trouble constant du système nerveux, déjections noires, très fétides, hémorrhagies passives, etc., le sang est dissous, noir-verdâtre, impropre à la nutrition, incapable de stimu-

ler les organes; il ne présente plus de globules distincts au microscope; sa matière colorante est uniformément répandue dans le serum, et la filtration ne saurait l'en séparer. Dans cet état, la sérosité ainsi colorée suinte à travers les parois des vaisseaux, et constitue ces hémorrhagies passives dont les membranes muqueuses, à cause de leur structure et de leurs usages, sont le lieu de prédilection. Les vomissemens noirâtres qui surviennent quelquefois doivent être rapportés à la même cause, sans que, pour expliquer le phénomène, il soit nécessaire d'admettre l'altération primitive des solides.

Parmi les principes qui résultent de la décomposition du pus, l'ammoniac est le seul qui se comporte à l'égard des globules sanguins comme les liquides en putréfaction; l'hydrogène sulfuré favorise au contraire l'agglomération des globules sanguins, de plus l'injection de l'ammoniac dans les veines d'un animal vivant, produit les mêmes symptômes qui se manifestent après l'absorption des matières putréfiées.

Les propriétés septiques du pus résident dans la partie soluble de cette liqueur; la partie insoluble n'occasionne la mort qu'en obstruant mécaniquement les vaisseaux; aussi, à l'ouverture de l'animal, ne trouve-t-on aucune de ces altérations survenant à la suite des injections purulentes.

Plusieurs auteurs recommandables ont signalé l'identité des symptômes des fièvres de résorption purulente avec ceux des fièvres adynamiques; en effet, ces deux maladies reconnaissent pour cause une altération du sang, le plus souvent primitive.

La thérapeutique devra faire tous ses efforts pour empêcher cette dépravation du sang; les alcalis ont la propriété de favoriser sa dissolution, sa tendance à la putridité, tandis que les sels neutres lui donnent une brillante couleur écarlate; si nous ajoutons que le sang tiré des veines d'un individu affecté de typhus, reprend une couleur brillante lorsqu'il est traité par ces sels, nul doute, dit M. Boyer, qu'il faille renoncer dans le traitement de ces maladies à l'emploi des alcalis, et administrer les préparations capables de modifier cette altération de liquides.

Le chlore désinfecte le pus, quel que soit son degré de fétidité, neutralisant par son action les propriétés septiques qui rendent l'absorption purulente des plus redoutables. D'après cela, l'emploi des chlorures à l'extérieur sur les foyers purulents pour s'opposer à leur putréfaction ou la détruire, et à l'intérieur pour neutraliser leurs effets sur l'économie, semble être un moyen efficace que le praticien ne devra jamais négliger.

C'est à regret que M. Boyer voit pratiquer de nos jours de larges saignées pendant la manifestation des phénomènes consécutifs aux résorptions de pus: la déplétion des vaisseaux sanguins augmente considérablement leur faculté absorbante.

M. Breschet traite en ce moment avec le plus grand bonheur une fracture comminutive de la jambe, au moyen d'un appareil constamment mouillé par un filet d'eau. On attribue l'a-

mélioration et l'absence d'accidens à l'action antiphlogistique de l'eau froide; M. Boyer est porté à penser que la présence continuelle de l'eau s'opposant à l'altération chimique du pus, prévient tous les accidens qu'en avait droit de craindre.

Observation de l'emploi du séton dans le traitement des tumeurs sanguines; par M. MICHEL.

Le sujet de cette observation était une femme de 75 ans : l'emploi du séton détermina la gangrène d'une tumeur sanguine qu'elle portait au-dessous de la rotule; mais après la chute de l'escarre, le tibia fut trouvé carié et la suppuration entraîna la malade au tombeau.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ.

Leçons de M. LISFRANC sur les maladies de l'utérus.

La partie inférieure de la paroi postérieure de l'utérus est quelquefois le siège d'une tumeur arrondie, plus ou moins bien circonscrite, incrustée dans la paroi utérine, assez semblable à une petite boule dont la moitié ferait saillie; elle n'a ni la mollesse du polype vasculaire ni la dureté du polype fibreux; ces tumeurs, souvent indolentes, ne sont point nécessairement mortelles; elles disparaissent quelquefois plus ou moins complètement.

Pour l'extirpation des polypes fibreux, M. Lisfranc admet la torsion lorsqu'ils ont un pédicule très grêle; la ligature lui paraît un moyen mauvais; l'opération à préférer est l'excision. Quand le pédicule remonte trop haut dans l'utérus, il faut en inciser le col pour donner de la facilité à l'opérateur. L'hémorrhagie n'est nullement à craindre si le polype, trop mou, se déchire sous les pinces lorsqu'on tente de l'attirer au-dehors, c'est le col utérin lui-même qu'il faut saisir.

Chez presque toutes les femmes qui ont des écoulemens abondans, on trouve sur la lèvre inférieure du col utérin des rougeurs qui paraissent dues au contact du liquide sécrété, et qui pourraient finir par altérer la membrane muqueuse utérine, si on ne guérissait le catharre qui les occasionne. Il en est d'autres indépendantes de cette cause, et qui ressemblent en général aux taches dartreuses de la peau, d'une couleur rouge-brun, légèrement saillantes, souvent produites comme par un emporte-pièce; quelquefois elles sont formées comme par un lacs de petits vaisseaux en relief. En même temps il y a engorgement du col, très rarement induration. Au toucher la muqueuse est molle, tomenteuse, et saigne avec la plus grande facilité.

Ces rougeurs finissant fréquemment par produire des ulcérations, méritent une attention particulière; on les guérit par la cautérisation lorsque les accidens inflammatoires ont été dissipés par un traitement approprié. On traite de la même manière les petites vésicules miliaires qui se montrent quelquefois sur le col utérin. Souvent en se réunissant elles forment des plaques assez étendues; d'autres fois ce sont des boutons plus ou moins volumineux, en tout semblables à des aphtes.

Quoique plus communes à la lèvre postérieure

du col utérin, les diverses ulcérations et éruptions se montrent aussi ailleurs; par exemple entre les deux lèvres du museau de tanche, où elles échappent à la vue si l'on n'a la précaution de soulever la lèvre antérieure. On rencontre même des ulcérations à la partie inférieure de la cavité utérine. Le toucher seul alors permet d'en constater la présence; au lieu de la surface polie et comme sereuse qu'offre l'utérus dans l'état sain, on la sent épaissie, tomenteuse, et souvent le doigt revient taché de sang.

Il n'est pas toujours facile de distinguer une simple rougeur d'une excoriation; la vue de côté est à peu près nulle au fond du spéculum, et la vue de face est sujette à erreur. Un signe précieux qui a rarement trompé M. Lisfranc, est celui-ci : passez un peu de charpie sur le tissu malade; si c'est une ulcération, il laissera apercevoir un peu de sang.

Il faut tenir pour suspectes les ulcérations qui saignent avec une grande facilité; chez quelques femmes toutefois, les moindres excoriation avec ou sans indurations, peuvent donner lieu à tous les accidens qui caractérisent le cancer. La cautérisation ne convient jamais quand l'organe a doublé de volume, et il faut avant tout traiter l'inflammation du vagin et du col, les vives douleurs même sont une contre indication; enfin il ne faut point porter le caustique dans l'utérus pendant la période menstruelle. Il convient de cautériser superficiellement, bien moins pour détruire les tissus que pour changer leur vitalité. M. Lisfranc emploie pour cet objet un petit pinceau très fin semblable à ceux dont se servent les peintres en miniature, et après avoir touché les ulcérations, il verse de l'eau froide dans le spéculum pour arrêter l'action du caustique.

Le proto-nitraté acide de mercure est le caustique par excellence; le nitrate d'argent rappelle trop souvent l'écoulement menstruel. Fréquemment à peine sentie, quelquefois très douloureuse, surtout en temps d'orage et chez les personnes nerveuses, la cautérisation doit se répéter tous les huit ou dix jours; mais au bout d'un certain temps, quand l'ulcère offre un bel aspect, lors même que la cicatrisation reste stationnaire, M. Lisfranc la suspend pendant trois ou quatre jours, prescrit des injections émollientes, qu'il remplace ensuite par des moyens plus cicatrisans. Le chlorure de soude, la décoction de l'écorce de grenadier, de roses de Provins, ont été essayés sans succès; mais l'infusion d'un gros de quinquina pour une livre d'eau a suffi pour cicatriser en quelques jours des ulcérations que tous les autres moyens avaient trouvés rebelles. Quelques femmes sont guéries en quinze jours, d'autres demandent de trois à cinq mois et même davantage. La cicatrice obtenue, comme elle reste ordinairement rouge, on pourra facilement croire à une ulcération superficielle.

La constitution générale des malades et l'issue par une petite ouverture d'une matière caséeuse ne laissent ordinairement pas de doute sur le diagnostic des ulcérations tuberculeuses du col utérin; la matrice est quelquefois bosselée, ce qui fait croire à un état cancéreux qui n'existe pas.

Quand les tumeurs fongueuses du col utérin ont dépassé les limites de l'amputation, il faut

toucher tous les huit jours pour retarder les progrès.

Bruit particulier du cœur désigné sous le nom de hurlement, par M. le professeur PUCHELT.

L'auteur compare ce bruit au bruissement des vents ou au son de l'*u* allemand (*ou*), prononcé d'une manière sourde et traînante : selon M. Puchelt, ce bruit a de l'analogie avec celui que Laennec nomme bruit de soufflet, sibilant ou musical, et qu'il n'a observé que dans les artères.

M. Puchelt place la cause productrice de ce bruit de hurlement dans l'hypertrophie avec dilatation du cœur, coïncidant avec une altération anévriasmale de l'origine de l'aorte, sans élargissement de son orifice.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les articles originaux contenus dans les deux livraisons de mars, sont les suivans :

Thérapeutique : 1° *Aperçu des moyens propres à rétablir une constitution épuisée chez les personnes éminemment nerveuses, comme les gens de lettres, les artistes*; par M. Réveillé-Parise, extrait d'un ouvrage inédit; 2° *de l'emploi du goudron dans le traitement de la gale*, par M. Duchesne-Duparc; 3° *préceptes thérapeutiques touchant les blessures de l'iris, son décollement et sa hernie à la suite de l'opération de la cataracte par extraction*; par M. Carron du Villards; 4° *de l'emploi du vésicatoire pour guérir radicalement l'hydrocèle sans injection*, par M. Rognetta; 5° *du traitement des fractures compliquées par les arrosions continues d'eau froide*; par M. Rognetta; 6° *de l'emploi thérapeutique du nitrate d'argent fondu dans les maladies des yeux*; par M. Bourjot-Saint-Hilaire; 7° *de l'emploi de la suie comme succédané de la créosote*, par M. Blaud, de Beaucaire; 8° *de l'emploi thérapeutique de la suie dans quelques maladies des yeux*; par M. Carron du Villards.

Chimie et pharmacie : *Notes sur les alcalis des solanées, la codéïne, la sophistication de la codéïne, les préparations de colchique.*

Emploi du goudron dans la gale.

MM. Duchesne - Duparc et Dauvergne ont fait à l'hôpital Saint - Louis, sous les auspices du professeur Alibert, de nombreuses expériences sur l'action de la pommade de goudron dans la gale; leur onguent était composé de deux gros de goudron sur une once d'axonge. Ils se croient en état de conclure, 1° que l'application de la pommade de goudron sur les tégumens affectés de gale, calme en très peu de temps la démangeaison; 2° que l'usage de cette pommade produit très rarement les éruptions accidentelles auxquelles les préparations de la pratique ordinaire donnent souvent lieu; 3° que ce médicament employé chaque jour aux doses convenables (une demi-once par deux frictions, matin et soir, combinées avec un bain sulfureux ou alcalin tous les deux jours), guérit généralement la gale en moins de dix jours.

Du vésicatoire dans l'hydrocèle.

C'est sur des faits observés à l'Hôtel-Dieu,

dans le service de M. Breschet, que M. Rognetta appuie l'efficacité des vésicatoires contre l'hydrocèle. Les accidens inflammatoires assez graves dont sont quelquefois suivies les injections vineuses, les effets fâcheux qui pourraient résulter de ces injections lorsque l'hydrocèle est compliquée d'une hernie, soit congéniale, soit non-congéniale (mais particulièrement dans le premier de ces deux cas); enfin, la répugnance de quelques malades pour ce genre d'opération, font qu'on doit donner la préférence au vésicatoire sur les autres méthodes. M. Rognetta a vu l'inflammation des bourses survenue à la suite de l'application de ce topique suivre à peu près la marche qu'elle suit dans les cas d'injection vineuse, et déterminer la guérison radicale. Ce médecin classe de la manière suivante les moyens que la chirurgie actuelle emploie contre l'hydrocèle : 1° *l'incision* pour les cas où la tunique vaginale est très épaissie ou séparée en plusieurs loges; 2° *l'injection vineuse* pour toutes les hydrocèles anciennes, volumineuses, non compliquées de hernies congéniales ou irréductibles; 3° *les vésicatoires volans* pour les petites hydrocèles, pour les hydrocèles d'enfans, etc.; 4° *la canule de gomme élastique* laissée à demeure dans la tunique vaginale, comme l'a conseillé M. Larrey, quoique Sabatier ait condamné cette méthode dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

De la suie comme succédané de la créosote.

La décoction de suie ou le mélange de cette substance avec l'axonge, écrit M. Blaud au directeur du *Bulletin de Thérapeutique*, m'ont paru héroïques contre les dartres invétérées, les diverses espèces de teignes, et surtout la favuse, les ulcères de mauvais caractère, etc. Les formules mises en usage par le médecin de Beaucaire sont les suivantes :

Décoction de suie.

℥. Eau pure ʒij
Suie deux poignées.

Faites bouillir pendant une demi-heure; passez ensuite avec expression, et employez en lotion trois à quatre fois par jour, contre les dartres et les teignes, après avoir fait tomber les croûtes au moyen de cataplasmes; en fomentations continues, au moyen de gâteaux de charpie, contre les ulcérations; en injections, contre les fistules invétérées ou entretenues par la carie des os.

Formule de la pommade.

℥. Axonge ʒij
Suie Q. S.

Mélez exactement et par petites parties, jusqu'à ce que l'axonge soit colorée en brun foncé.

Cette pommade s'emploie soit seule, soit concurremment avec les lotions de la décoction.

Du traitement des fractures compliquées par les arrosions d'eau froides.

M. Breschet a eu l'idée d'appliquer les *arrosions continues d'eau froide* au traitement des fractures compliquées. M. Rognetta décrit le procédé du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et rapporte l'histoire de deux malades qui ont été soumis avec avantage à ce moyen thérapeuti-

que. Voici comment M. Breschet dispose son appareil : Le membre malade repose sur un oreiller couvert de toile cirée, les plaies sont pansées, et le membre maintenu dans un appareil de Scultet ordinaire, excepté qu'il n'y a pas de coussin à la partie antérieure. Un seau vide, placé au pied du lit du malade, est destiné à recevoir l'eau qui a arrosé le membre, un autre seau, plein d'eau froide, est suspendu au ciel du lit ; un syphon dont la courte branche puise l'eau dans le seau supérieur verse cette eau par sa longue branche sur le membre fracturé. On a soin que l'eau ne tombe pas de très haut et que le jet continu soit très fin. Après avoir pénétré les pièces de linge de l'appareil, l'eau vient se répandre sur le membre, puis coule sur la toile cirée dont un repli, en forme de gouttière, la conduit dans le seau vide.

Les phénomènes qui ont frappé l'attention de M. Rognetta sont : 1° la réaction très minime et presque nulle qui a lieu sous l'influence de l'eau froide ; 2° la température du membre arrosé ; dans les premiers jours le membre conservait de la chaleur, et le malade n'y éprouvait aucun sentiment de froid ni d'humidité. Ce sentiment n'est venu qu'au bout d'un mois environ. Dans la première de ces deux périodes distinctes, la réaction était vive dès que l'arrosion était interrompue ; 3° la promptitude de la guérison ; 4° l'indolence observée pendant tout le traitement.

Du nitrate d'argent dans les maladies des yeux.

M. Bourjot Saint-Hilaire énumère les maladies de l'œil dans lesquelles le nitrate d'argent fondu peut rendre des services. Ce sont toutes les ophthalmies catarrhales, ophthalmies des enfans, ophthalmies d'Égypte, ophthalmie blennorrhagique, les inflammations pustuleuses siégeant au niveau de la cornée ou de la sclérotique, surtout celles qui sont consécutives de la variole, les hernies de l'iris, enfin les maladies des voies lacrymales. Ce médecin préfère de beaucoup le nitrate d'argent fondu sec à la solution de nitrate d'argent employée comme collyre à la dose de gr. j-v par ℥ j d'eau distillée. C'est particulièrement dans les maladies des yeux que ce sel, pour être efficace, doit être pur, c'est-à-dire d'un gris vert au lieu d'être noir comme quand il est mêlé avec de la plombagine, c'est-à-dire encore se dissolvant entièrement dans l'eau distillée et ayant une surface toujours nette après l'usage, ce qui n'arrive pas quand il est combiné avec l'oxide de manganèse ou le carbonate de plomb. M. Bourjot recommande la cautérisation du canal nasal par le nitrate d'argent, transportée de la méthode de Ducamp pour les retrécissemens de l'urètre aux engorgemens des voies lacrymales. Cette cautérisation, introduit dans la science par le docteur Harving de Manheim, en 1822, vantée par Taillefer en 1824, par Gremort l'année suivante, a été érigée en méthode par M. Gensoul, de Lyon, qui la pratique de bas en haut au moyen d'une sonde creuse traversée par un porte-caustique.

De la suie dans les maladies des yeux.

Au mois de janvier 1831, M. Carron du Villards avait consigné dans la *Gazette médicale* quelques faits favorables à l'emploi de la suie dans les maladies des yeux. M. Baudelocque,

médecin de l'hôpital des Enfans, a eu également lieu de s'en louer contre les ophthalmies scrophuleuses.

Voici la formule de M. Carron du Villards :

℥. Suie. ℥ ij.

Faites dissoudre dans l'eau bouillante.

Filtrez et faites évaporer à siccité.

Le résidu, très brillant, est dissous dans du vinaigre blanc bouillant et très fort avec addition de 24 grains d'extrait de roses de Provins pour ℥ xii de liquide. Quelques gouttes de cette solution dans un verre d'eau forment un bon collyre résolutif. M. Carron de Villards conseille de toucher les granulations de la cornée avec un pinceau très fin imbibé de la mixture suivante :

℥ Opium.	℥ ij
Clous de girofle.	℥ j
Suie lavée.	℥ iv
Eau de canelle.	℥ viij
Eau-de-vie ou alcool.	℥ iv.

Tenez en digestion pendant six jours dans un endroit chaud, passez en exprimant et filtrez.

REVUE MÉDICALE. — Février 1834.

La revue médicale de ce mois contient les articles suivans : 1° des *Considérations historiques et critiques sur les fièvres*, par M. COMBES. 2° *Un long travail sur la peste*, par M. LA-GASQUIE. 3° *Une Note thérapeutique sur quelques médicamens et en particulier sur la créosote*, par M. THÉALIER. 4° *L'Histoire d'un cas d'introduction d'un corps étranger dans l'abdomen par le vagin*, observé par M. REY.

Note thérapeutique sur quelques médicamens et en particulier sur la créosote, par M. THÉALIER.

M. Roche avait déjà signalé l'efficacité de l'aconit napel dans des cas de névralgies très douloureuses et qui avaient été rebelles à tout autre remède; le soulagement arrivait en général dans l'espace de quarante-huit heures, et ce médicament bien préparé avait une action si énergique qu'à la dose d'un grain il provoquait des symptômes d'empoisonnement.

A ces faits, M. Théalier en ajoute plusieurs autres : quatre ont rapport à des névralgies faciales très violentes et bien manifestes, et deux autres à des sciaticques. La dose d'extrait d'aconit fut portée jusqu'à quatre grains en fractionnant de manière à l'administrer de trois heures en trois heures. L'auteur fait sagement remarquer que le nombre des guérisons n'est pas encore assez considérable pour qu'on ne conserve la crainte que l'avenir ne donne plus d'un démenti aux espérances qu'elles ont fait naître.

Une semblable réflexion s'applique aussi à la créosote. Sa propriété la plus saillante, et sans doute la plus intéressante, est de coaguler l'albumine : peut-être la créosote doit-elle à cette circonstance la faculté dont elle jouit de cicatrifier promptement les plaies récentes et les ulcères : employée par M. Théalier dans un cas d'engorgement considérable de l'utérus avec ulcérations qui avaient résisté au proto-nitrate de mercure, la créosote ne tarda pas à amener la cicatrisation.

M. Levrat, médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon,

annonce avoir obtenu de cette substance des effets merveilleux dans les affections catarhales.

Cas d'introduction d'un corps étranger dans l'abdomen par le vagin, par M. REY.

Une femme, âgée de vingt-deux ans, s'étant laissé glisser le long du plan incliné formé par un monceau de foin, rencontra le sommet d'un crochet en fer dont on se sert pour amener du foin au bétail quand il est entassé. La chute continuant, le corps étranger entré par la vulve et le vagin pénétra jusque dans l'abdomen : ce ne fut qu'avec la plus grande difficulté qu'on parvint à l'extraire.

Le péritoine et le vagin furent seuls lésés, puisqu'il ne survint pas d'épanchement de sang, ni de matières fécales. Les parties molles et les gros vaisseaux avaient roulé devant la pointe mousse de l'instrument. Dans l'extraction du corps étranger, ses diamètres les plus favorables furent mis en rapport avec les diamètres les plus favorables du bassin; l'inflammation du péritoine fut prévenue par un traitement antiphlogistique. Le ressort des parties molles et le repos tinrent lieu de suture et d'appareil, et les lèvres de la plaie se réunirent immédiatement. La malade recouvra la santé et put, comme par le passé, se livrer à tous les exercices de la vie des champs.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Février 1834.

Les articles de ce cahier sont 1° *Mémoire sur le diagnostic, où l'on examine les signes communs et différentiels de diverses maladies des organes contenus dans les cavités pectorale, abdominale et céphalo-rachidienne*, par M. Hugnier; 2° *Des lésions traumatiques des tendons*,

et de leur traitement, par le docteur Rognetta; 3° *Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfans*, par M. Rufz; 4° *le compte-rendu des travaux de la Société anatomique pendant l'année 1833*, par M. Forget.

Des lésions des tendons. — Le but du mémoire, ou plutôt de la note de M. Rognetta est de montrer que, pour peu que la position soit favorable, les tendons divisés traumatiquement sont susceptibles de se réunir et de reprendre leurs fonctions, et que la pratique des anciens chirurgiens et même de quelques modernes qui veulent que l'on affronte les tendons divisés par des points de suture est inutile et dangereuse.

De la chorée. — Les recherches de M. Rufz sur la chorée contiennent plusieurs résultats intéressans. L'auteur, d'après des relevés que l'on peut regarder comme exacts, trouve que le sexe féminin, l'âge de six à quinze ans, la constitution grêle et nerveuse sont généralement plus sujets à cette affection. Rien ne porte à croire que la chorée ait quelque chose d'héréditaire, et M. Rufz n'a jamais vu cette maladie naître par l'effet de l'imitation, comme l'ont avancé quelques auteurs. L'histoire des symptômes ne présente ici rien de particulier, et celle des altérations organiques, comme on pouvait s'y attendre, n'a rien donné de constant. M. Rufz mentionne pour mémoire les traitemens si nombreux qui ont été employés contre la chorée. Il donne la préférence aux bains froids, et surtout aux bains sulfureux que M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des enfans, a eu l'idée de substituer aux bains froids, et dont l'effet a été d'abrégé incontestablement la durée du séjour des malades à l'hôpital (ces bains se composent de sulfure de potasse, $\frac{z}{3}$ iv pour huit voies d'eau.) * G.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Rapport sur la pratique des accouchemens dans l'institution Wellesley, à Dublin, par le docteur MAUNSELL.

Je me propose ici, non de donner une analyse exacte du travail de M. Maunsell, mais seulement de rapporter quelques résultats statistiques et un petit nombre de faits intéressans.

Sur 442 femmes enceintes reçues à l'hôpital Wellesley, 23 étaient âgées de moins de 20 ans, 121 de 20 à 25, 175 de 25 à 30, 80 de 30 à 35, et 43 de 35 à 45. Il y a eu 19 avortemens, et 8 accouchemens doubles. Le nombre des enfans s'est élevé à 431, savoir : 211 garçons, et 220 filles, précisément le contraire de la proportion indiquée par Finlayson, laquelle est de 100 filles pour 105 garçons. La durée du travail a été 200 fois de moins de 6 heures, 146 fois de 6 à 12 heures, 35 fois de 12 à 18, 24 fois de 18 à 24, 15 fois de 24 à 48, 2 fois de 60 heures, et une fois de 72. La présentation a été, pour les 415 accouchemens simples, naturelle, 401 fois, y compris deux présentations par la face, et six où la face était tournée contre le pubis; par les pieds, 7 fois; par les bras, 4 fois; par le pla-

centa, 2 fois; par le cordon, 1 fois. Pour les accouchemens doubles, la présentation a eu lieu quatre fois par la tête pour les deux enfans; deux fois par la tête pour le premier enfant, par les pieds pour le second; et deux fois, au contraire, par les pieds pour le premier, et par la tête pour le second; sexes des jumeaux: trois accouchemens de deux garçons, trois de deux filles, deux de fille et garçon. Le perforateur a été employé deux fois, 1 sur 211 1/2. Dans trois cas, hémorrhagie grave, mais non pas mortelle, après la naissance de l'enfant; dans six autres, introduction de la main pour l'extraction du placenta. Le nombre des enfans mort-nés s'est élevé à 43, 1 sur 10.

Parmi les quatre cas de présentation par le bras, il y en eut deux où la version fut facile, après qu'on eut employé toutefois le laudanum à l'intérieur, à la dose de soixante gouttes. L'un des deux autres présenta une circonstance remarquable, et que les accoucheurs devraient ne jamais oublier. Lorsque M. Maunsell fut appelé, le bras était hors du vagin depuis plusieurs heures; peu de temps après, les fesses se présentèrent, et l'enfant fut expulsé ployé en deux; le placenta suivit avant qu'on eût eu

le temps de couper le cordon. Comme l'enfant ne donnait aucun signe de vie, il fut laissé à l'écart, avec la délivrance, dans un coin de la chambre. On n'y prit garde qu'au bout d'un certain temps que l'auteur ne précise pas, et l'on sentit avec étonnement, j'aurais dit avec effroi, que le cœur battait encore. Quelques soins prolongèrent la vie, mais seulement pendant vingt-quatre heures.

Une femme délicate, qui avait déjà avorté deux fois, et qui se trouvait dans le huitième mois d'une troisième grossesse, éprouvait depuis cinq semaines des hémorrhagies fréquentes, mais peu considérables. Une perte effrayante, qui dura une heure, la décida à entrer sur-le-champ à Wellesley. La peau était chaude, le pouls rapide, les douleurs utérines nulles, le vagin d'une sensibilité qui ne permettait pas le plus léger attouchement (repos, applications froides, mixture astringente). Au bout de quelques heures, à la suite d'un léger mouvement, sortie d'un énorme caillot, 130 pulsations par minute, mort 36 heures plus tard. — A l'autopsie, on trouva l'enfant dans une position naturelle, entouré tout au plus d'une pinte de liquide amniotique, le centre du placenta était fixé sur l'ouverture même du col de l'utérus; on y voyait une déchirure semblable à celle qu'on aurait produite en y enfonçant le doigt; le vagin était fort contracté. M. Maunsell regrette de n'avoir pas eu recours au tamponnement; si je ne me trompe, le seigle ergoté eût été préférable.

Chez une autre femme, on sentait à travers le placenta, engagé dans le col de l'utérus, un corps dur qui n'était autre chose qu'un des pieds de l'enfant. Ce pied de tarda pas à se faire jour à travers le placenta, non sans être accompagné d'un flot énorme de sang; jusque-là il ne s'en était pas écoulé une seule goutte. L'autre pied se présenta bientôt après, et l'accouchement se termina avec promptitude.

Le seigle ergoté a été mis plusieurs fois en usage, et a presque toujours réussi, quand il était encore frais, à provoquer les contractions utérines. On le faisait infuser, à la dose d'un demi-gros, dans un bol d'eau bouillante, qu'on administrait ensuite avec le tiers de la poudre infusée; cette pratique est méticuleuse. (*Edinburgh medical and surgical journal.*)

Anévrisme de l'artère sous-clavière; ligature du vaisseau entre les muscles scalènes; par le D. VALENTIN MOTT, à Philadelphie.

Nous donnerons une analyse rapide du fait rapporté par M. Mott, bien que l'opération qu'il a pratiquée n'ait pas été heureuse: par une triste mais utile compensation, les succès dans notre art sont souvent moins instructifs que les revers.

Madame B...., âgée de trente ans, fut renversée par une voiture, et reçut une forte contusion à l'épaule droite, et au côté gauche du corps. Elle se rétablit promptement, en conservant toutefois une douleur fixe à l'épaule blessée. Bientôt une petite tumeur se montra au-dessus de la clavicule, en dehors du muscle scalène, et sur le trajet de l'artère sous-clavière. Au bout d'environ dix-huit mois, elle avait acquis le volume d'un œuf de poule; elle

s'accroissait avec rapidité, et présentait tous les caractères d'un anévrisme; la santé de la malade était notablement altérée: on se décida à l'opération.

On pratiqua une incision en V, dont l'angle de réunion était situé vers l'articulation sterno-claviculaire, et dont les deux branches rasaient, l'une le bord supérieur de la clavicule, l'autre le bord externe de la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien. On renversa le lambeau triangulaire résultant de cette incision, en disséquant séparément la peau et le muscle peaucier; puis on coupa la portion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien près de son insertion. Le fascia profond étant ainsi mis à nu, on le divisa avec des ciseaux un peu au-dessous du muscle omo-hyoïdien, et en dehors de la veine jugulaire profonde. En agrandissant l'ouverture d'un pouce vers sa partie inférieure, on repoussa facilement le tissu cellulaire, et l'on découvrit le scalène antérieur. On se fit jour au travers du tissu lamelleux, avec le doigt et le manche du bistouri; jusqu'à mettre à nu le tronc et les branches de l'artère thyroïde; le tissu filamenteux fut soulevé avec des ciseaux, et divisé avec précaution au moyen d'un petit scalpel; et la ligature fut passée sous l'artère sous-clavière à l'aide de l'aiguille américaine.

Pendant ce temps de l'opération, on écartait les lèvres de la plaie avec des spatules, et, à l'aide d'un crochet mousse, on retenait la jugulaire interne appliquée contre la trachée artère. Dès que la ligature fut serrée avec les doigts indicateurs, toute pulsation cessa dans le membre. On lia quelques petites artères; le lambeau triangulaire fut rabattu sur la plaie, et maintenu en place par une suture à points séparés et par des bandelettes agglutinatives.

Pendant les seize jours qui suivirent l'opération, la malade éprouva de la céphalalgie, et des battemens incommodés des artères carotides, une douleur assez vive dans le cou et dans le bras, une constipation rebelle, et une ou deux hémorrhagies insignifiantes; ce qui la fatiguait le plus, c'étaient des vomissemens fréquens qui avaient commencé presque immédiatement après l'opération. On opposa à ces divers symptômes le sulfate et l'acétate de morphine, les laxatifs; les pulsations de l'artère radiale droite se rétablirent dès le lendemain; faibles d'abord, elles ne tardèrent pas à devenir aussi fortes que celles de la radiale gauche.

Le seizième jour, une hémorrhagie brusque eut lieu, il s'écoula une pinte de sang; l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même. Le lendemain matin, le même accident se renouvela, et quelques instans après la malade n'était plus.

Dans le cas du même genre, rapporté par Colle (*Edinb. med. and surg. Journ., January, 1815*), la mort était survenue le huitième jour.

Les vomissemens fréquens, et la force de l'impulsion donnée au sang par le cœur, ont été ici les causes probables de l'accident fatal, indépendamment de l'état particulier des tuniques artérielles. Que serait-il arrivé si la première de ces deux causes eût pu être écartée, et si la seconde avait été combattue, même avant l'opération par la diète, les saignées, l'emploi de la glace, de la digitale, etc?

(*American Journal of the Medical sciences.*)

Cas remarquable de splénotis, pris pendant la vie pour un squirrhe de l'ovaire. Par W. MARNLEY LEE, à Kerslaid.

Stella, négresse, âgée de quarante ans et mère de quatre enfans, éprouve, en avril 1831, tous les symptômes de la grossesse. En janvier 1832, le ventre est aussi volumineux que celui d'une femme près d'accoucher, les extrémités inférieures sont œdématisées, la position horizontale occasionne la dyspnée, et l'on sent au côté gauche de l'abdomen une tumeur, du volume d'un œuf d'autruche, qu'on regarde comme un ovaire squirrheux. Du reste l'appétit est bon, vorace même, le pouls est dans l'état naturel; la malade se plaint d'un peu de constipation. La tumeur continue à s'accroître, et avec elle la tuméfaction du ventre, l'œdème des extrémités, et la gêne de la respiration. Stella meurt presque subitement au mois d'avril 1832.

Autopsie, 12 heures après la mort.

Les viscères abdominaux sont sains, l'estomac est dans une position oblique. La rate est énorme, sa circonférence longitudinale est de vingt-sept pouces, sa circonférence transversale de seize pouces trois quarts, son poids de cinq livres et demie. L'auteur ne parle d'aucune altération de tissu. Stella n'avait jamais eu de fièvre intermittente.

M. Lee assure avoir rencontré, depuis lors, des cas analogues, et s'être fort bien trouvé de l'emploi de la solution minérale de Fowler.

(*American Journal of the Medical sciences.*)

Présentation du bras et de l'épaule; mort de la mère par décollement du placenta. Par M. le Dr HARDEN, à Liberty County.

M. Harden fut appelé pour assister un confrère dans un accouchement laborieux; il trouva le bras droit de l'enfant engagé dans le vagin, le dos de la main tourné en avant, la paume en arrière. Les eaux s'étaient écoulées dès le commencement du travail, l'orifice utérin était

fort dilaté et fort dilatable, le fond de la matrice se contractait fortement sur l'enfant, les douleurs étaient fortes, fréquentes et presque continues. La version fut essayée sans succès, à cause des contractions utérines; une saignée du bras fut pratiquée, et poussée jusqu'à l'imminence de la syncope. M. Harden profita de ce moment pour opérer la version; il y parvint sans difficulté; mais, au même instant les contractions cessèrent brusquement, et l'opérateur sentit le placenta nageant dans un fluide. Néanmoins l'extraction du fœtus fut promptement terminée, mais M. Harden ne parle ni de ce que devint le placenta, ni de l'hémorrhagie effrayante qui dut avoir lieu, ni de l'état de l'enfant, il dit seulement que la mère s'épuisa rapidement, que le pouls devint nul, les extrémités glacées, et que la mort survint avant que les assistans pussent imaginer l'urgence. Il faudrait conclure de là, que le col utérin s'est refermé immédiatement après la sortie du fœtus, et que le sang épanché est resté à l'intérieur. C'est l'opinion qu'adopte l'auteur; il ne saurait y avoir eu rupture des parois utérines, dit-il, puisque la version a eu lieu sans effort, que la malade n'éprouva point la vive douleur qui accompagne d'ordinaire cet accident, etc. Il ne sait pas trop non plus à quoi attribuer le décollement du placenta, si ce n'est aux violentes contractions qui avaient eu lieu, ou à l'atonie produite par la saignée du bras.

Il conclut de cette observation, que la version est dangereuse dans cette période du travail, surtout quand l'utérus se contracte fortement; il propose, d'après Denman et Dewees, de saigner en pareil cas jusqu'à la syncope, avant d'aller chercher les pieds; et pour obtenir la syncope avec la moindre perte de sang possible, il conseille de saigner la malade debout ou au moins assise. On réveillerait ensuite l'activité de l'utérus par les applications et les injections froides, les légers stimulans, etc.

(*American Journal of the Medical sciences.*)

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

De la luxation spontanée du fémur; par DZONDI.

Le professeur Dzondi envisage la luxation spontanée du fémur tout autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Resserrés par l'espace, nous regrettons de ne pouvoir donner qu'une analyse rapide et incomplète de son travail.

On attribue généralement la luxation spontanée du fémur à des violences extérieures, aux scrofules, à la syphilis, à la goutte. Dzondi, dans les cas nombreux qu'il a observés depuis trente ans, n'a pu vérifier une seule fois l'action de ces causes; la cause véritable est, suivant lui, une irritation *rhumatique*, c'est-à-dire la suppression brusque de la transpiration et de la perspiration cutanée, dans un moment où ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale. Il s'appesantit avec un soin minutieux sur l'habitude, familière aux nourrices et aux bonnes, d'asseoir les enfans sur le sol frais et humide, dans les courans d'air, etc., etc., lorsque leurs fesses ont été échauffées, baignées de sueur dans le lit, ou sur le bras de la per-

sonne qui les porte. Il blâme les lavages à l'éponge et toutes les pratiques dont le résultat, chez l'enfant ou chez l'adulte, peut être le changement brusque de température dans les parties qui avoisinent la cuisse et le bassin.

Le siège originel de l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale est la surface extérieure de la capsule articulaire, ainsi que les parties fibreuses qui l'avoisinent, aussi bien le périoste qui entoure la circonférence de la cavité cotyloïde que celui qui recouvre la partie supérieure du fémur, jusqu'à un pouce environ au-delà des attaches de la capsule. Tel est le champ dans lequel l'inflammation est circonscrite, non qu'elle l'envahisse d'abord tout entier, mais elle commence sur un point, et s'étend ensuite sur toute la surface. Jamais le mal ne débute par l'intérieur de l'articulation; on a même trouvé la capsule encore entière, la membrane synoviale et le cartilage articulaire parfaitement sains, au milieu de désordres considérables produits par des collections purulentes dont la source existait dans le périoste. Si l'agent rhumatique est faible, l'inflammation ne gagne pas la cavité articulaire, elle reste faible et passe à

l'état chronique. Dans le cas contraire, elle s'empare successivement des parties molles, les altère, les détruit, et produit la carie des os. Si l'on a cru long-temps que c'était par ceux-ci que l'affection commençait, c'est parce que l'on a eu rarement l'occasion d'ouvrir d'autres cadavres que ceux d'individus morts à une période déjà avancée de la maladie.

La luxation spontanée du fémur se divise en trois périodes distinctes.

Symptômes de la première période. 1° Claudication, ou plutôt démarche chancelante, traînante, déterminée d'abord par l'affaiblissement du membre, puis par son allongement et par la crainte de réveiller la douleur; 2° douleur dans le voisinage de la hanche, au-dessus ou au-dessous de l'articulation, quelquefois dans le pli de l'aîne; cette douleur, d'abord intermittente et mobile, devient bientôt fixe et continue, lancinante, brûlante, térébrante, quelquefois seulement comprimante et gravative; d'autres fois elle ne se fait sentir que sous une pression plus ou moins forte. *Comme toutes les douleurs rhumatismales*, elle est soumise aux variations atmosphériques, augmente par la chaleur d'un lit de plume, et diminue par celle des fourrures, se lie à la raideur du membre, s'accroît par un mouvement prolongé, et devient plus vive le soir; 3° allongement du membre: ce symptôme, surtout quand il est uni au gonflement de la cuisse, est le signe pathognomonique de l'inflammation de l'articulation. Cet allongement, aisé à reconnaître avec un peu d'attention, varie d'un demi-pouce à un pouce, et quelquefois davantage; il s'explique par la tuméfaction des parties molles qui recouvrent la tête du fémur et tapissent la cavité cotyloïde; la preuve qu'il ne dépend pas d'une altération de l'os lui-même, c'est qu'il arrive souvent avec une excessive rapidité, et disparaît de même sous l'influence d'un traitement convenable. 4° Le gonflement des parties molles. Il reconnaît deux causes: *l'irritation rhumatique* et le déplacement de l'os. L'enslure produite par la première cause est facile à apprécier; la seconde a pour résultats l'agrandissement de la distance qui sépare le grand trochanter de l'arête sacrée, la saillie du fémur et l'abaissement du pli de la fesse. Le siège primitif du gonflement articulaire est tantôt au pourtour de la cavité cotyloïde, tantôt sur le périoste de la base du col du fémur, souvent à la partie postérieure du grand trochanter. 5° La difficulté de fléchir la cuisse. Le chirurgien doit éviter de faire éprouver de grands mouvemens au membre dans la crainte de produire immédiatement la luxation.

La fièvre *rhumatique* accompagne d'ordinaire cette première période, dont la durée varie de quelques jours à plusieurs années, suivant l'énergie de l'agent *rhumatique* et suivant la force de réaction du sujet.

Symptômes de la seconde période. Persistance des premiers symptômes, apparition de phénomènes nouveaux. Douleur au genou, liée à celle de la hanche qui devient pulsative, et souvent la surpassant en vivacité, d'autant plus énergique que l'inflammation est plus intense et la sécrétion du pus plus rapide. La présence du pus est annoncée par le caractère pulsatif de la douleur coxale, par l'acuité de celle du genou, par la mollesse des tissus et par la fluctuation, par la nature œdémateuse du gonflement au-

dessous du foyer. La diminution de la douleur indique la parfaite formation du pus, toujours fourui, au moins originairement, par la surface extérieure de la capsule ou par le périoste lui-même. La durée de la seconde période est aussi variable que celle de la première, et par les mêmes raisons.

Symptômes de la troisième période. La douleur de la hanche et celle du genou s'adoucissent ou disparaissent, ou deviennent périodiques. L'enslure s'accroît d'abord, et diminue ensuite quand le pus se déplace et fuse entre les muscles, ou plutôt elle se déplace avec lui. Elle disparaît, quand ce liquide se précipite dans la cavité articulaire, jusqu'à ce que, la collection purulente augmentant toujours, les tégumens soient de nouveau soulevés.

C'est dans cette période que survient le raccourcissement. Il ne dépend pas toujours uniquement de la sortie de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde; d'autres causes concourent encore à le produire.

A. Le col du fémur, envahi par l'irritation, se dévie et forme un angle moins ouvert avec le corps de l'os. *B.* L'amincissement (consécutif) des cartilages articulaires et des membranes synoviales détermine à lui seul un raccourcissement d'un tiers de pouce. *C.* Le membre perd encore trois quarts de pouce par le raccourcissement et la déformation du col du fémur. *D.* Le corps même de l'os s'altère et se raccourcit d'un demi-pouce à un pouce. *E.* La destruction des parties molles de l'articulation produit un raccourcissement de trois quarts de pouce. *F.* La perforation du plancher de la cavité cotyloïde et le passage de la tête du fémur dans le bassin sont encore une cause de raccourcissement.

Dzondi attribue au contact corrosif du pus l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire intermusculaire, la perforation des aponévroses et des tégumens, la destruction des organes fibreux, du périoste, de la capsule, la carie; la nécrose, la disparition des parties osseuses, l'érosion de la cavité articulaire par laquelle le pus s'épanche dans le bassin, et tous les autres désordres qui surviennent dans la troisième période de la maladie. La durée de cette période est ordinairement fort longue.

Traitement. Première période. Bains chauds, frictions avec du son, coucher entre des couvertures de laine, ou sur des fourrures. Si le premier bain augmente la douleur, il faut y renoncer, car c'est une preuve que la période de suppuration est déjà survenue. Boissons chaudes, eau chaude, infusion théiforme de sureau. Élévation de la température locale, au moyen d'étoffes de laine recouvertes de taffetas ciré, ou de peaux fines à poils courts et laineux; les peaux à poils longs et soyeux développent une trop grande tension électrique. Observation des règles hygiéniques, immobilité, etc. Si ces moyens ne suffisent pas, on a recours au tartrate antimonié de potasse, seul, ou combiné avec l'opium. Dzondi fait dissoudre douze grains d'émétique dans six onces d'eau distillée, et il fait prendre tous les quarts d'heure une cuillerée à bouche de cette solution aux adultes, une grande ou une petite cuillerée à café aux enfans suivant leur âge. Il emploie la poudre de Dover à la dose de 5, 6 ou 8 grains, d'heure en heure, dans une boisson chaude. Il administre l'opium à la dose de deux grains par heure aux adultes, à

une dose moindre aux enfans, parce qu'il regarde toute douleur un peu intense comme un obstacle au rétablissement de l'activité normale de l'organisme. Chez les tout petits enfans il fait usage des opiacés à l'extérieur. Il n'approuve l'emploi du mercure à l'état de calomel ou sous forme d'onguent que lorsque l'inflammation, déjà ancienne, a résisté à tous les autres moyens. Il proscriit les saignées soit locales, soit générales, les applications froides, chaudes et humides, les purgatifs, les cautères, etc.

Dans la seconde période, il recommande l'évacuation du pus par une émission convenable et par le séjour, dans l'ouverture, d'une mèche de linge effilé. Il conseille ensuite l'usage des

bains tièdes, des linimens avec l'ammoniaque, ou l'onguent mercuriel, l'un et l'autre associés à l'opium; et le calomel, également combiné avec l'opium, à doses faibles et éloignées. Quand l'ouverture pratiquée pour l'écoulement du pus est fermée, on favorise le retour de la mobilité dans l'articulation par l'application d'un emplâtre composé avec l'ammoniaque et le vinaigré scillitique.

Dans la troisième période il faut pratiquer autant de contr'ouvertures qu'il est nécessaire, soutenir les forces par le régime plutôt que par les remèdes, et continuer du reste le traitement de la seconde période. (*Allgemeine Medizinische Zeitung.*)

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

La Société de médecine du département de la Moselle propose, pour sujet de prix, la question suivante :

« Indiquer les symptômes et le siège de l'affection connue généralement sous le nom de Migaine; faire connaître les causes qui la font naître et en favorisent le retour; signaler sa marche, sa durée, ses complications, ses terminaisons; caractériser les formes qu'elle peut revêtir; établir le diagnostic et le pronostic; décrire les altérations organiques locales auxquelles elle peut donner lieu; enfin établir le traitement préservatif, palliatif et curatif. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 francs. Les Mémoires seront adressés, dans les formes académiques, à M. FÉLIX MARÉCHAL, secrétaire de la Société, pour le 1^{er} août 1835.

— Le conseil académique vient d'adopter les propositions suivantes relativement à l'École de médecine de Paris :

- 1^o La construction d'un nouvel amphithéâtre;
- 2^o La construction d'une salle pour les examens;
- 3^o L'agrandissement de la bibliothèque et l'augmentation des salles de collections.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Rapport de M. Gérardin sur les vaccinations pratiquées pendant l'année 1832. — Ce rapport est divisé en cinq parties qui indiquent successivement 1^o les progrès généraux de la vaccine en France pendant 1832; 2^o les épidémies de variole dont l'état a été adressé à l'académie; 3^o les variétés observées dans le développement de la vaccine; 4^o les observations qui touchent à la revaccination, à la vaccine et à la variole secondaire; 5^o enfin des recherches sur l'existence du cowpox en France.

Progrès généraux de la vaccine en France. L'impulsion donnée à la vaccine depuis plusieurs années, a déjà produit des résultats satisfaisants; et, malgré les circonstances fâcheuses de 1832, malgré l'invasion du choléra dans la plupart de nos départemens, le tableau suivant démontre toute la sagesse des mesures qui ont été prises.

Années.	Chiffre des vaccinations.	Nombre des départ.
1828	319,143	53
1829	296,132	52
1830	253,972	44
1831	214,360	40
1832	362,834	55

Voici les départemens auxquels l'Académie a accordé une mention particulière : Ardennes, Loir-et-Cher, Aveyron, Loiret, Basses-Alpes, Lot-et-Garonne, Charente, Meurthe, Côtes-du-Nord, Pyrénées - Orientales, Côte-d'Or, Bas-Rhin, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Haute-Saône, Indre, Seine, Isère, Seine-et-Oise, Jura, Somme, Loire, Vosges, Haute-Loire.

Dans les Ardennes, il y a un comité central au chef-lieu, et des comités secondaires pour chaque arrondissement. Une somme de 3,000 fr. a été affectée à la vaccine. Aussi, les vaccinations ont été avec les naissances dans la proportion de plus de 8/10, et l'on compte à peine 40 personnes qui ont été atteintes de la variole.

La Charente a offert 10,886 vaccinations, les naissances étant à 8,811. Ce nombre de vaccinations a surpassé celui des trois dernières années cumulées ensemble.

Dans la Dordogne, le chiffre des vaccinations qui était de 6,961 en 1831, est descendu en 1832 à 4,783. Ce département allouait autrefois 4,000 fr. à la vaccine; depuis deux ans, cette somme a été réduite à 400 fr.

La Gironde n'a point transmis d'état. Ce département fait une exception peut-être unique. Au lieu des tournées d'inspection, le préfet actuel s'est déterminé à adopter un nouveau moyen; il a proposé aux vaccinateurs du département 55 médailles, 16 d'or et 49 d'argent, ayant ensemble une valeur de 1,190 fr. Ce moyen est encore resté sans effet; il ne s'est présenté que deux médecins à cette espèce de concours.

Dans le Jura, 8,625 naissances, 7,620 vaccinations. Le préfet a fait constater l'état actuel des élèves dans les écoles, et exclure, jusqu'à production du certificat de vaccination, ceux qui n'offraient aucune trace, soit de la vaccine, soit de la variole.

La Meurthe a un comité central de vaccine, des comités secondaires par chaque arrondissement, et enfin un ou plusieurs vaccinateurs spéciaux par chaque canton de justice de paix. 6,000 fr. ont été votés par le conseil général. Aussi, ce département est un de ceux où la vaccine est le plus répandue. Depuis la formation du comité central, on compte 346,000 vaccinations. En 1832, il y en a eu 12,592 sur 10,975 naissances.

Le Bas-Rhin et le Haut-Rhin rivalisent honorablement avec la Meurthe. Dans ce dernier département, il y a eu 11,580 vaccinations et seulement 10,684 naissances. C'est à l'institution des médecins cantonnaux, chargés par leur no-

mination même des vaccinations gratuites, que sont dus ces heureux résultats; et l'on voit avec peine que plusieurs communes refusent de maintenir les indemnités qu'elles leur avaient votées dans l'origine, ce qui a pour conséquence immédiate de leur faire abandonner leurs utiles fonctions.

Haute-Saône, 9,328 naissances; 10,287 vaccinations. M. Nedey, l'un des hommes les plus zélés pour la propagation de la vaccine, a noté un obstacle grave qu'il a rencontré, et qui a eu des suites fâcheuses. Beaucoup de parens refusent de laisser prendre du vaccin sur les boutons de leurs enfans. A Echenoz-la-Méline, la variole survint; 60 individus qui n'avaient pu être vaccinés la prirent, 20 y succombèrent.

II. *Epidémies de variole.*— Les départemens qui ont été ravagés par les épidémies de variole sont ceux des Ardennes, de l'Aveyron, de la Côte-d'Or, du Doubs, de la Loire, du Loiret, des Pyrénées-Orientales, du Haut-Rhin, de la Haute-Saône, des Vosges.

III. *De quelques variétés dans le développement de la vaccine.*— Les médecins qui ont particulièrement observé les variétés, sont: M. Barrey de Besançon, qui a eu nombre d'échecs dans ses vaccinations pendant les chaleurs de l'été; M. Damian, du canton de Lodève (Hérault), qui attribue aux variations atmosphériques les nombreuses anomalies observées par lui dans ses vaccinations; M. Parer, d'Ille (Pyrénées-Orientales), qui n'avait jamais vu une action si lente et si faible du vèrus vaccin sur l'économie; enfin, M. Pellieux, de Beaugency (Loiret), qui, au contraire n'a jamais observé un vaccin aussi aigu que cette année-là. Il est vrai que cette fois il a vacciné en hiver, au lieu de vacciner à la fin de l'automne, pendant le règne de la variole et de plusieurs autres fièvres éruptives, au lieu de choisir les intervalles des épidémies.

IV. *Revaccination. Varioles secondaires.*— M. Tueffard, médecin à Montbéliard, conclut de ses nombreuses expériences, que le temps affaiblit par degrés, chez la plupart des vaccinés, l'effet préservatif de la vaccine, et qu'on peut les revacciner avec succès. Quelques autres observateurs ont vu la variole chez des sujets bien vaccinés; il est juste d'ajouter qu'en général alors cette maladie avait peu de gravité.

V. *Recherches sur l'existence du cowpox en France.*— La communication la plus intéressante sur ce sujet est celle de M. Doin, chirurgien de Rosaorantin (Loir-et-Cher). M. Doin a vacciné avec du pus de ces pustules plusieurs fois avec un plein succès.

Conclusions :

1° Dans tous les départemens où la propagation de la vaccine est entretenue et encouragée, la variole a été rarement observée et facilement réprimée au moment de son apparition;

2° La vaccine est toujours l'unique et infail-
lible moyen à opposer aux épidémies varioliques;

3° Tous les vaccinateurs reconnaissent que le virus vaccin n'a éprouvé aucune altération;

4° Plusieurs médecins ont rapporté des observations de varioles survenues chez des individus vaccinés et même variolés; mais tous ont reconnu que dans ces cas très rares la variole avait toujours été modifiée d'une manière avantageuse et incontestable. La correspondance à cet égard n'a pas offert un seul exemple suivi d'une terminaison funeste;

5° De nombreuses revaccinations ont été pratiquées; elles n'ont servi en général qu'à constater l'efficacité de la première vaccination; lors même qu'elles ont réussi, leur utilité n'est point encore assez démontrée pour que l'Académie dût les recommander d'une manière spéciale.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PLANCHE IX. — RÉGION THORACI-CERVICALE GAUCHE.

(Homme adulte, grandeur naturelle.)

Indication des parties.— A B, le côté gauche du menton; C, le lobule de l'oreille; D, le dessous du menton, et E, la saillie sterno-mastoïdienne du côté gauche; F F, le dessus des épaules; G, le bord antérieur de l'aisselle gauche; H, le mamelon gauche; I, la face antérieure du sternum.

a, b, c c', fragmens du sternum et de la clavicule et fibro-cartilage inter-articulaire; c' c' c' c' c' c', lambeau cutané relevé sur l'épaule; d, coupe transversale de la clavicule; e, e, e, e, coupe des trois premières côtes et de la moitié de la quatrième, à quelque doigts du sternum; d', e' e' e' e', coupes des mêmes parties; f f f, f' f' f', coupe verticale du sternum; g g, g' g', coupe longitudinale de la quatrième côte et de son cartilage.

1 1, muscle sterno-hyoïdien; 2 2, muscle thyro-hyoïdien, 2' 2', muscle sterno-thyroïdien; 3 3, muscle omoplat-hyoïdien; 4 4, muscle sterno-cléido-mastoïdien; 5 5, muscle scalène postérieur; 6, faisceau antérieur du même muscle; 7 7, muscle scalène antérieur; 8 8 8 8, muscle grand pectoral; 9 9, muscle petit pectoral; 10 10 10, muscles inter-costaux internes; 11, muscle sous-clavier.

12 12, artère aorte; 13 13, artère innommée ou tronc brachio-céphalique; 14 14 14, artère carotide primitive gauche; 15 15 15, artère sous-clavière gauche; 16, artère cervicale transverse superficielle; 17, artère mammaire interne.

20 20, veine jugulaire interne gauche; 21 21, veine sous-axillaire gauche; 22 22, veines latérales du cou s'ouvrant au confluent des deux veines; 23 23, veine sous-clavière gauche; 24, veine mammaire, liée; 25 25, veines thyroïdiennes inférieures; 26 26 artère pulmonaire; 27, canal artériel.

30 30, nerf pneumo-gastrique; 31 31, nerf récurrent gauche; 32 32, rameau descendant du grand hypoglosse; 33 33, l'une des racines du nerf phrénique; 34 34, ce nerf lui-même; 35 35 35, racines du plexus brachial.

40, cartilage thyroïde; 41, cartilage cricoïde; 42, membrane crico-thyroïdienne; 43 43, corps ou glande thyroïde; 44, trachée artère; 45, bronche gauche; 46, attache sternale du muscle sterno-mastoïdien droit; 47, fascia sus-sternal, relevé; 48, le péricarde se confondant avec le tissu celluleux des gros vaisseaux; 49 49 49, le sac du péricarde; 50 50, face antérieure du poumon gauche; 51, coupe de la substance pulmonaire.

Jacques LEBAUDY.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

MÉMOIRE SUR QUATRE NOUVEAUX CAS DE TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS DANS LA PÉRIODE EXTRÊME DU CROUP.

Dans les deux premiers numéros de ce journal, j'ai fait connaître l'histoire d'un enfant sur lequel j'avais pratiqué avec succès la trachéotomie dans la période extrême du croup. Depuis cette époque, j'ai de nouveau fait cette opération sur quatre jeunes garçons, l'un de trois ans, l'autre de quatre et demi, le troisième de quatre ans, et le dernier de treize mois, que j'ai eu le bonheur de sauver. Je dirai avec détail et avec minutie par quels moyens je suis arrivé à cet heureux résultat; par quelles angoisses j'ai passé; par quels artifices j'ai lutté à chaque instant contre des périls sans cesse renaissans. Je serai, je le répète, narrateur minutieux de minutieux détails; mais ceux qui ont déjà pratiqué la trachéotomie dans le cas de croup; ceux qui, à l'exemple de M. Bretonneau et au mien, la pratiqueront désormais, me sauront sans doute quelque gré du soin que j'aurai pris à donner une grande importance à ces prétendus riens.

La trachéotomie, en tant qu'œuvre chirurgicale, est presque aussi facile que la plupart des amputations: l'opération faite, on n'a reculé que de quelques heures la mort du malade. Le traitement ultérieur est tout, mais ce traitement est difficile et exige une assiduité et une patience qui ne se démentent pas un seul instant.

Première observation.

Théophile Halphen, âgé de deux ans et onze mois, a éprouvé déjà plusieurs maladies graves des organes respiratoires. Dans le courant de l'automne 1833, il eut une péripneumonie, et un peu plus tard, une coqueluche dont il ne fut guéri que dans la première quinzaine de janvier 1834. Cependant, quoique les quintes convulsives eussent entièrement cessé, il restait encore un catarrhe chronique pour lequel M. le docteur Cahen, oncle et médecin de l'enfant, conseilla l'application d'un vésicatoire.

Dans les derniers jours de janvier, il survint aux deux oreilles, au menton, et à la joue droite une petite inflammation, qui ne s'étendit pas au-delà et à laquelle on ne fit aucune attention.

Le dimanche 2 février 1834, malaise, toux plus fréquente, un peu rauque pendant la nuit, voix altérée. Quoique cet enfant fût pour son père l'objet d'une sorte de culte, on ne fit néanmoins pas attention à cette nouvelle toux, qui, en définitive, devait sembler à des personnes étrangères à notre état, beaucoup moins grave

que celle de la coqueluche. La journée suivante se passa comme celle du dimanche; mais pendant la nuit, la toux prit un tel caractère de raucité, la voix devint tellement voilée, que l'on envoya le mardi chercher M. le docteur Cahen. Quand ce praticien arriva, la toux était sèche et peu sonore, la voix presque éteinte, l'oppression assez considérable. Il n'y avait que peu de fièvre. M. Cahen reconnut le croup, fit appliquer au cou six sangsues qui saignèrent peu abondamment, et demanda en consultation MM. Blache et Guersent qui virent l'enfant le mercredi matin. Ils le trouvèrent beaucoup plus oppressé qu'il ne l'était le matin; la toux était éteinte, la voix faible et striduleuse. Ils conçurent les plus vives inquiétudes, prescrivirent un vomitif qui fut administré peu après, et quatre grains de calomel que l'on donna dans le courant de la journée.

Cependant ces messieurs me firent l'honneur de m'adjoindre à eux, comme consultant. Nous nous réunîmes le lendemain à onze heures du matin. La voix était éteinte, la toux rare, sifflante ou insonore; la dyspnée continuelle s'augmentait de temps en temps, et devenait de plus en plus grande. Le diagnostic n'était douteux pour aucun de nous; mais un autre phénomène le rendit encore plus certain. Nous nous aperçûmes en effet que la conque des deux oreilles, que le conduit auditif externe, et que les deux excoriations du menton et de la joue étaient recouvertes de pellicules blanches, exhalant une odeur très fétide analogue à celle des pieds des personnes malpropres. L'existence de la diphthérie cutanée était une preuve de plus que le larynx était envahi par la phlegmasie pelliculaire. D'un commun accord, nous continuâmes l'emploi du calomel dont on rapprocha seulement les doses, et comme la mort ne nous semblait pas devoir arriver avant le milieu de la nuit, nous nous ajournâmes à trois heures après midi, décidés à insister sur notre médication si les symptômes s'étaient amendés, et à pratiquer la trachéotomie si l'asphyxie devenait imminente.

A trois heures nous étions de nouveau réunis. Il ne nous parut plus possible de différer la trachéotomie. La dyspnée était extrême, la face livide et froide, le pouls petit et très fréquent. J'avais mes instrumens, et ces messieurs voulurent bien m'assister dans l'opération.

Or, pendant que nous faisons nos préparatifs, le petit malade eut une violente quinte de toux à la fin de laquelle il expectora une fausse membrane tubulée et bifurquée de la longueur de deux pouces environ. Ce nonobstant, l'orthopnée n'en devint pas moindre; et j'avoue que je

fus un instant épouvanté et indécis. La continuation de la difficulté de la respiration après l'expectoration d'une fausse membrane qui tapissait la trachée et la première division des bronches, semblait indiquer que le mal descendait au-delà, et que par conséquent la trachéotomie n'apporterait pas même un soulagement temporaire. Toutefois il ne me parut pas impossible que les bronches fussent libres au-delà de leur première division, et que le plus grand obstacle existât dans le larynx. Je me décidai donc.

L'opération fut commencée de même que chez le jeune enfant qui fait le sujet de notre premier mémoire (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tom. I, pag. 6); mais un incident m'embarassa : dès que j'eus coupé la peau et l'aponévrose cervicale superficielle, deux veines thyroïdiennes énormes se présentèrent sous le tranchant de mon couteau, l'une partait flexueuse de l'angle inférieur de la plaie et suivait la ligne médiane jusqu'au corps thyroïde, et l'autre marchait parallèlement à sa droite; leur disposition était exactement celle que mon ami, M. Jacques Lebaudy, a indiquée dans la planche du premier numéro de notre Journal. Ajoutez à cela qu'elles s'anastomosaient en bas. Je savais bien que si je coupais ces veines, l'hémorrhagie, terrible pendant l'opération, s'arrêterait immédiatement dès que la trachée serait ouverte; mais d'une part, il me semblait nécessaire de faire perdre au malade le moins de sang possible afin de lui conserver plus de résistance vitale; et d'autre part, j'aurais été obligé d'opérer sans cesse sous une nappe de sang n'ayant plus mes yeux et n'ayant que mon doigt pour guider mon bistouri. Je disséquaï donc la veine qui occupait la ligne médiane, et, après l'avoir soigneusement isolée des parties sous-jacentes, je l'accrochai avec une airigne mousse que je confiai à un aide. J'arrivai sans peine sur la trachée que j'incisai de bas en haut dans l'étendue d'un demi-pouce. A l'instant même, je fis placer l'enfant sur son séant et je tins béante la plaie de la trachée à l'aide du dilatateur dont je donne plus bas le dessin. Une toux violente survint aussitôt qui renvoya des bronches, des débris de fausses membranes, du mucus, et du sang qui s'était introduit au moment où j'avais incisé la trachée artère : à peine s'était-il écoulé une minute que le calme le plus profond avait succédé à l'orthopnée. La respiration était paisible et l'enfant éprouvait un peu de syncope. Cette syncope légère dura près d'une demi-heure, et ne fut interrompue que de cinq en cinq minutes par des efforts de toux. Cependant le sang qui s'écoulait de la plaie au moment de l'opération s'était immédiatement arrêté dès que l'air avait pu s'introduire librement dans la poitrine, et alors nous avons recouché le petit malade, et de temps en temps nous lui jetions de l'eau froide sur le visage pour le ranimer. Après une demi-heure il revint entièrement à lui, et rendit encore deux petits morceaux de fausses membranes roulées sur elles-mêmes et qui, d'après leur volume, semblaient appartenir à la troisième division des bronches. La respiration était aussi calme que dans l'état de santé. Il est inutile de dire qu'à l'aide de notre di-

latateur nous tenions toujours béantes les lèvres de la plaie. Nous instillâmes alors dans la trachée quelques gouttes d'eau froide qui causèrent des efforts de toux et l'expulsion d'une assez grande quantité de mucus ensanglanté : puis, à l'aide d'une petite éponge liée à l'extrémité d'une tige de baleine mince et arrondie, nous allâmes nettoyer les bronches, et solliciter l'expulsion des fausses membranes qui pouvaient rester encore dans les conduits aériens. Cela fait, nous plaçâmes l'enfant sur le côté droit et nous instillâmes dans la trachée six gouttes d'une solution de quatre grains de nitrate d'argent dans un gros d'eau distillée; nous en fîmes autant après avoir fait coucher le malade sur le côté gauche, afin de faire pénétrer notre solution caustique dans toutes les bronches. Le contact du nitrate d'argent avec la membrane muqueuse des voies aériennes détermina des efforts de toux violens et répétés qui ne furent calmés qu'après une ou deux minutes; j'instillai alors douze ou quinze gouttes d'eau, qui furent vivement rejetées, et le calme se rétablit comme auparavant.

Ce fut alors que j'introduisis la canule, qui fut fixée autour du col à l'aide de deux fils. L'enfant fut recouché et s'endormit paisiblement. Une heure après j'instillai de nouveau quelques gouttes de solution de nitrate d'argent. A dix heures du soir, je répétai la même opération. Chaque fois, le malade expectorait quelques fragmens de fausses membranes, et du mucus peu épais. La nuit se passa avec de l'assoupissement, une fièvre vive et de la toux. Toutes les heures on instillait une vingtaine de gouttes d'eau tiède, et l'on promenait un écouvillon dans la trachée et dans les premières bronches. D'heure en heure on faisait prendre deux grains de calomel, et, de temps en temps, on en insufflait dans les oreilles afin de modifier l'inflammation pelliculaire qui avait envahi le conduit auditif. Les plaies de la face qui s'étaient également recouvertes de fausses membranes furent pansées avec une pommade composée de cérat et de calomel.

Le lendemain à six heures du matin, quatorze heures après l'opération, respiration assez difficile. Pendant toute la nuit, il n'y a pas eu d'expulsion de fausses membranes; fièvre vive, assoupissement. L'enfant néanmoins s'éveille lorsqu'il est vivement excité, et alors il joue avec une bourse. On instille dans les bronches de l'eau d'abord, puis du nitrate d'argent, et malgré l'introduction réitérée des écouvillons nous ne faisons sortir que quelques débris de fausses membranes et des filamens muqueux, arrondis et de peu de consistance.

Dans la matinée le calomel produisit de fréquentes évacuations alvines, et pendant la journée et le lendemain nous en éloignâmes les doses.

La respiration, à onze heures du matin, était devenue difficile et fréquente; pouls fort et vibrant, peau très chaude et très humide, abattement; beaucoup de soif.

J'enlevai la canule. Elle n'était pas engouée; cependant la respiration devint un peu moins embarrassée. J'instille de l'eau à plusieurs reprises, j'écouvillonne opiniâtement les bronches, et enfin après avoir sollicité sans relâche

des efforts de toux qui fatiguaient l'enfant au point qu'il était tout couvert de sueur, je parvins à faire expectorer une fausse membrane longue d'un pouce et demi, bifurquée à l'une de ses extrémités. J'instillai alors une solution de nitrate d'argent, et de l'eau quelques minutes après, puis je réintroduisis la canule quand le calme fut rétabli. A onze heures du soir, je répétai encore la même manœuvre, et cette fois encore je fis rendre à mon petit malade ou des fragmens de fausses membranes, ou des filamens muqueux, un peu tenaces, arrondis, ressemblant à du vermicelle bien cuit.

La seconde nuit se passa mal. Il n'y eut pas de dyspnée; mais un assoupissement presque continu et une prostration inquiétante. On fit trois instillations de six gouttes de solution de nitrate d'argent.

Troisième jour. La fièvre est toujours aussi vive; respiration fréquente et facile; gencives gonflées, langue ulcérée à la pointe et recouverte de concrétions pultacées. La canule est enlevée et remplacée deux fois; trois instillations de nitrate d'argent. Instillation d'eau toutes les heures. On cesse le calomel.

Quatrième jour. Même état, même traitement. L'expectoration devient de plus en plus muqueuse et catarrhale, on n'y retrouve plus que des filamens arrondis tels que ceux dont j'ai parlé plus haut, et quelques petits fragmens de concrétions pelliculaires.

Ce jour-là aussi nous fûmes frappés d'un phénomène auquel nous n'avions pas encore fait assez d'attention et qui nous suggéra quelques idées thérapeutiques. En écouvillonnant, nous détachâmes une lame épaisse de mucus desséché, exactement moulé sur la forme de la trachée; la canule était tapissée d'une couche analogue. Ce mucus était exactement semblable à celui qui se dessèche dans le nez. Nous comprimâmes alors que le contact rapide d'un air sec était la cause de cet endurcissement, et que ce pouvait n'être pas sans inconvénient: nous comprimâmes aussi pourquoi les instillations répétées de quelques gouttes d'eau étaient si évidemment utiles. Mais pour nous opposer encore plus efficacement à la brusque introduction d'un air sec dans les bronches, nous fîmes placer sur le feu de la cheminée une cafetière d'eau bouillante à la partie supérieure de laquelle fut adapté un long tuyau de fer-blanc qui conduisait dans l'appartement une masse considérable et sans cesse renouvelée de vapeur d'eau.

La nuit du quatrième au cinquième jour est bonne.

Cinquième jour. Cependant la plaie extérieure qui s'était considérablement gonflée le deuxième jour de l'opération, s'était affaïssée hier soir au point que nous avons été obligés de mettre une canule beaucoup plus courte, que nos lecteurs trouveront figurée plus bas. Dans la journée, la canule s'engorge; mais l'expectoration reste mucoso-puriforme. Dès-lors nous ne jugeâmes plus à propos d'instiller du nitrate d'argent dans les bronches; seulement, quand la respiration s'embarrassait un peu on injectait quelques gouttes d'eau qui rendaient l'expectoration plus facile.

Rien de nouveau le sixième jour. La respiration était libre, l'expectoration était ca-

tarrhale, les ulcérations diphthéritiques extérieures ne sécrétaient plus de fausses membranes, et quoique nous n'eussions plus rien à craindre de la maladie pour laquelle nous avions pratiqué l'opération, il nous restait néanmoins de graves sujets d'inquiétude. Le calomel que l'on avait donné avant et après la trachéotomie, avait amené une cachexie mercurielle et une débilité profonde; et les observations de M. Bretonneau nous avaient appris à craindre ces accidens secondaires. La soif était vive, il y avait de l'inappétence, de la diarrhée, et un abattement fort grand. Nous avons eu soin pourtant de donner du lait coupé aussi souvent que possible; mais cette alimentation ne réparait pas les forces.

Un autre phénomène nous alarmait encore davantage, c'était l'absence de toute sensation affective. Quoique je dusse être un bourreau pour lui, puisque moi seul je lui avais fait du mal, quoiqu'il fût entouré de la part de tous les membres de sa famille des soins les plus touchans et les plus affectueux, il me voyait m'approcher de son lit avec autant d'indifférence que si je lui fusse resté parfaitement étranger; il ne caressait aucun de ses parens; et il ne songeait pas même à son père qui l'avait élevé et pour qui il avait une tendresse exclusive.

Aussi lorsque, le neuvième jour, il profita du peu d'air qui commençait à passer par le larynx, pour demander son père, et lorsqu'à sa vue il témoigna une vive joie; lorsque, le même jour, je le vis rempli de crainte à mon approche, accueillir au contraire sans frayeur MM. Guersent et Blache à qui il n'avait à reprocher aucune de ses douleurs, je le regardai comme sauvé; et en effet il commença à avoir de l'appétit; sa diarrhée s'était calmée sous l'influence du sous-nitrate de bismuth, administré à la dose de six grains par jour; et quelques cuillerées à café de vin de quinquina que l'on donnait dans la journée, rendaient au malade de la vigueur et du courage.

Le larynx tardait à se désobstruer. Pour le débarrasser des concrétions pelliculaires, et en même temps pour modifier l'inflammation spécifique dont sa membrane muqueuse était encore le siège, j'armai d'une petite éponge que j'imbibai de solution de nitrate d'argent, le bout d'une tige de baleine résistante que j'avais recourbée à angle droit à six lignes de son extrémité, et, pénétrant par la plaie de la trachée artère, j'introduisis avec effort l'éponge dans le larynx, et quand j'eus franchi la glotte, je ramenai l'instrument par la voie qu'il avait déjà suivie. Cette opération fut répétée les dixième, onzième et douzième jours. Le larynx alors n'était plus tapissé par des concrétions diphthéritiques, mais le gonflement de la membrane muqueuse était sans doute l'obstacle qui s'opposait encore un peu au passage de l'air.

Nous touchions au but, car deux jours après je pus enlever la canule et fermer la plaie de la trachée. Nous étions au douzième jour, et il passait déjà beaucoup d'air par le larynx, ainsi que je viens de le dire, lorsqu'une imprudence de ma part faillit faire périr ce pauvre enfant.

Au lieu de fermer avec un bouchon de liège la canule qui était restée dans la plaie, ce que je fais toujours, dans le but de forcer l'air et le

mucus à passer par le larynx, sauf à ôter mon bouchon dès que la respiration s'embarasse, j'introduisis une canule beaucoup plus étroite. Cette canule avait encore un calibre tout aussi considérable que les plus fortes sondes de gomme élastique : je l'avais d'ailleurs achetée toute faite d'un coutelier qui l'avait fabriquée pour la trachéotomie. Pendant une demi-heure que je passai près de l'enfant, la respiration s'exécuta sans aucune gêne, l'air passant à la fois par le larynx, par la canule, et par la plaie qui était plus large que la canule. Je partis donc sans inquiétude ; mais, une heure après mon départ, les lèvres de la plaie de la trachée s'étaient rapprochées et la respiration ne se faisait plus que par le larynx et la canule ; lorsque tout-à-coup, à la suite d'un effort de toux, un gros crachât tenace, et peut-être un morceau de mucus desséché, oblitéra presque complètement le larynx et la trachée, et tous les phénomènes de l'asphyxie en furent la conséquence immédiate. En moins de dix minutes le petit malade fut expirant, et l'oncle de l'enfant qui nous avait envoyé chercher en toute hâte, voyant que nous n'arrivions pas et que la mort était imminente, pensa qu'un accident aussi subit tenait à quelque obstacle au passage de l'air ; il enleva aussitôt la canule, écouvillonna la plaie et la trachée ; et lorsque nous arrivâmes le calme était rétabli. Certes, cet enfant dut la vie à la présence d'esprit de son oncle ; et cet accident, qui faillit être funeste, sera pour nous, comme il doit l'être pour tous les praticiens, une salutaire leçon ; il nous apprendra qu'on ne saurait jamais se servir de canules trop larges.

Je remis donc la canule que j'avais enlevée dans la journée ; et le lendemain matin j'y plaçai un bouchon qui l'obturait complètement. La respiration ne fut en rien gênée, l'air et le mucus passait par le larynx, et un peu par la plaie. Le bouchon fut laissé quatre heures de suite, sans accidens ; j'avais expressément recommandé aux parens de l'enlever s'il survenait la moindre gêne. Le soir, je fermai de nouveau la canule, qui resta ainsi bouchée presque toute la nuit.

Le lendemain matin, non seulement je fermai la canule, mais encore je remplis de coton toute la plaie que je recouvris d'une compresse. Voyant alors que pendant presque toute la journée l'enfant avait pu respirer avec cet appareil, tousser par le larynx et appeler assez distinctement son père, j'enlevai la canule, je fermai la plaie avec des bandelettes agglutinatives ; je les recouvris de coton et d'une cravate ; et désormais le petit malade respira par les voies naturelles. C'était le quatorzième jour.

Les jours suivans nous fûmes obligé de renoncer à l'emplâtre agglutinatif qui produisait de l'érythème et quelques vésicules sur la peau du col ; nous eûmes alors recours au taffetas d'Angleterre qui nous servit jusqu'au bout.

La plaie de la trachée se rétrécit rapidement, et le vingt-deuxième jour, c'est-à-dire huit jours après qu'on eut ôté la canule, il ne passait plus une seule bulle d'air par la plaie ; trois jours plus tard tout était cicatrisé.

Cependant vers le quinzième jour de l'opération, il s'était manifesté une pneumonie subaiguë qui occupait les deux pneumons, mais sur-

tout le droit ; quoiqu'on entendit un râle crépitant assez nombreux, et que l'on pût percevoir le souffle bronchique sur une surface de plusieurs pouces, nous crûmes néanmoins devoir nous borner à une médication peu active, et nous conseillâmes seulement du vin de quinquina qui fut pris pendant quinze jours et qui produisit l'effet le plus salutaire.

Un mois après l'opération, l'enfant avait recouvré la plénitude de sa santé : la voix, longtemps altérée, avait repris son timbre normal ; et il ne reste aujourd'hui de la maladie et de l'opération qu'une cicatrice linéaire et nullement difforme. Les médecins qui ont vu ces enfans sont : MM. Cahen, Guersent, Blache, Puzin, Gouraud, Lebreton, Lebaudy, Pidoux, Marmorat, etc., etc.

Deuxième observation.

La seconde observation sera racontée brièvement ; la vie de l'enfant a été promptement hors de péril, et nous n'avons pas eu à passer par ces vicissitudes cruelles qui nous ont tant inquiété chez le jeune Halphen.

Théodore Chiquet, âgé de quatre ans et demi, demeurant à Paris, rue de la Croix, n° 15, avait éprouvé au commencement de l'hiver une fluxion de poitrine assez grave ; il lui restait un catarrhe habituel, et sa santé était d'ailleurs excellente.

Le mercredi 5 mars 1834, il se plaignit d'un peu de mal de gorge, et eut un petit mouvement de fièvre. Le lendemain 6, il ne survint rien de nouveau et l'on ne conçut aucune inquiétude ; mais, dans la nuit, la toux de grasse qu'elle était habituellement devint un peu rauque ; la voix fut un peu plus voilée. Les parens, qui avaient déjà perdu un enfant du croup, commencèrent à concevoir des inquiétudes et mandèrent leur médecin, M. le docteur Thillaye. Ce praticien examina l'arrière-bouche, vit les amygdales tapissées de concrétions pelliculaires, et quoique l'enfant eût peu de fièvre et d'oppression, il pensa bien que l'inflammation couenneuse s'était étendue déjà des tonsilles au larynx. La toux était rauque et peu éclatante, la voix profondément altérée. De loin en loin, la respiration devenait un peu plus fréquente et un peu plus gênée que dans l'état naturel.

Il conseilla l'application de quelques sangsues au col, et donna deux grains de calomel de deux heures en deux heures.

La nuit fut terrible : l'oppression fit des progrès effrayans, et M. Thillaye fit appeler en consultation M. le docteur Blache, qui vint le samedi 8, à onze heures du matin.

Ces deux messieurs furent d'accord sur la nature du mal ; ils pensèrent aussi que toute chance de salut était enlevée, et ils me firent l'honneur de m'inviter à me trouver avec eux à quatre heures de l'après-midi, et à apporter mes instrumens afin de pratiquer la trachéotomie, si nous jugions cette opération indispensable.

Quand nous arrivâmes à quatre heures, nous trouvâmes l'enfant dans un état voisin de la mort : il était assis plutôt que couché sur des oreillers, le col saillant, la face pâle, pleine de frayer et d'anxiété et ruisselante de sueur. L'inspiration était sèche, courte et bruyante ; l'expiration lente, laborieuse et saccadée ; de

temps en temps, peut-être une fois par heure, l'enfant toussait, et la toux était sèche et presque insonore; la voix éteinte, si ce n'est dans de grands efforts de phonation, où elle était aiguë et glapissante.

Peau chaude et couverte de sueur, pouls extrêmement fréquent.

Les amygdales, considérablement tuméfiées, sont recouvertes de concrétions pelliculaires.

Il était évident que la mort allait arriver. L'opération fut donc immédiatement décidée, et pendant que nous en faisons les préparatifs, l'enfant fut pris d'un accès de suffocation extrêmement violent; nous crûmes qu'il allait expirer. Nous nous hâtâmes donc de le placer sur une table, et nous ouvrimus la trachée.

L'opération qui fut faite rapidement; quoique sans précipitation, présenta quelques circonstances qu'il n'est pas inutile de noter ici. Le plexus veineux thyroïdien formait au-devant de la trachée un laeis tellement serré qu'il nous fut impossible de l'éviter; nous l'incisâmes donc, et comme nous poursuivîmes rapidement l'opération, il n'y eut pas de sang de perdu; mais ce ne fut pas sans effroi que nous vîmes dans l'angle inférieur de la plaie, la veine sous-clavière gauche se gonfler démesurément à chaque effort d'expiration, et se présenter sans cesse sous le tranchant du bistouri: il fallut, pour que je pusse achever mon opération, qu'un des aides la renfonçât dans la poitrine.

Quand j'eus mis à nu la trachée-artère dans l'étendue d'environ huit à dix lignes, j'incisai, par ponction, l'anneau le plus inférieur; je retirai aussitôt l'instrument et je plaçai le doigt indicateur de la main gauche sur cette ouverture, et saisissant de la droite un bistouri boutonné, je l'enfonçai rapidement dans le petit pertuis que j'avais fait, et j'incisai en moins d'une seconde jusqu'au cartilage cricoïde: ce dernier temps de l'opération demande à être exécuté très rapidement pour qu'il s'introduise le moins de sang possible dans la trachée.

L'enfant fut immédiatement placé sur son séant, et, dès que le dilatateur eut été introduit dans la trachée, l'hémorrhagie veineuse s'arrêta immédiatement, et la respiration devint calme.

Peu d'instans après, de violens efforts de toux chassèrent par la plaie plusieurs lambeaux de fausses membranes, dont une avait à peu près huit lignes de long, et une épaisseur d'une demi-ligne, il formait un fragment vertical de cylindre, et l'on voyait que le tube auquel il appartenait devait avoir quatre ou cinq lignes de diamètre. Un assez grand nombre de concrétions épaisses, courtes, et de forme fort irrégulière, furent encore rejetées au-dehors, et une demi-heure après l'opération, la respiration était aussi calme que dans le plus parfait état de santé. Nous explorâmes avec attention la poitrine, partout le son était normal, partout la respiration était pure. Avant d'introduire la canule, nous instillâmes dans la trachée, d'abord de l'eau, puis dix gouttes d'une solution de huit grains de nitrate d'argent dans deux gros d'eau distillée, puis encore de l'eau, et quand par ce moyen nous eûmes complètement débarrassé les bronches du sang et des concrétions pelliculaires qu'elles contenaient, nous plaçâmes

une canule, et l'enfant fut remis dans son lit: il était alors six heures du soir.

La nuit se passa tranquillement et l'on instilla six fois du nitrate d'argent à la dose de quatre à huit gouttes: toutes les heures on instillait huit ou dix gouttes d'eau, et, à chaque instillation, on écouvillonnait la trachée et les bronches afin d'entraîner au-dehors les fausses membranes et le mucus qui pouvaient s'y trouver. On administra aussi douze grains de calomel.

Le lendemain 9, à six heures du matin, je trouvai mon petit malade en bon état; la fièvre était assez vive; les gencives commençaient à se gonfler, et la plaie était vermeille et un peu tuméfiée, la respiration fréquente, mais nullement embarrassée. Ce jour-là j'enlevai la canule, à six heures du matin, à deux heures de relevée et à neuf heures du soir; et chaque fois j'injectai dans les canaux aériens de six à douze gouttes de solution caustique, après avoir préalablement nettoyé la trachée et les bronches à l'aide d'instillations d'eau et de manœuvres d'écouvillon. Vers minuit, trente heures après l'opération, la fièvre s'allume avec violence, la respiration s'embarrasse, et M. Pidoux, mon collaborateur et ami, qui avait bien voulu passer la nuit auprès du malade, craignit de le perdre, et répéta à plusieurs reprises les instillations de nitrate d'argent et les écouvillonnemens. A cinq heures du matin il y avait du mieux, et à six heures tous les accidens étaient calmés.

Le traitement fut le même que la veille; mais la plaie s'était considérablement gonflée et la fièvre traumatique fut très véhémente; cependant la respiration resta parfaitement libre. Le 10 au soir, cinquante heures après l'opération, l'enfant cesse d'expectorer des fausses membranes; et comme la fièvre quoique vive n'avait pourtant rien de menaçant, je commençai à concevoir des espérances qui, le lendemain matin, s'accrurent encore.

Le mardi, troisième jour, je fis encore trois instillations de nitrate d'argent, et une seule le lendemain: ce fut la dernière. Quant aux écouvillonnemens et aux instillations d'eau, ils furent faits toutes les fois que la canule sembla s'embarrasser ou que des râles un peu bruyans se firent entendre dans la trachée. Jusqu'au quatrième jour la canule fut ôtée, nettoyée et remplacée trois fois par jour, et deux fois les jours suivans. Le cinquième jour nous substituâmes une canule plus courte et à ouverture dorsale, parce que la plaie s'était notablement dégonflée. Le septième jour, on entendit un peu d'air passer par le larynx dans les efforts de toux violens: ce jour-là, je portai à deux fois dans le larynx une éponge fixée à une forte baleine et imbibée d'une solution de nitrate d'argent. Le huitième jour, il passait beaucoup d'air par le larynx, au point que je pus boucher complètement la canule et que l'enfant put respirer ainsi, trois quarts d'heure le matin et deux heures et un quart le soir. Le neuvième jour, la canule resta bouchée pendant sept heures; enfin, le lundi matin, 24 mars, dès le milieu du neuvième jour, j'enlevai la canule, je fermai la plaie à l'aide d'un bandage unissant que je maintins avec une cravate, et la respiration devint aussi calme que dans l'état de santé.

La plaie se retrécit rapidement ; mais il resta une fistule aérienne qui ne fut oblitérée que le vingt-troisième jour.

La convalescence ne fut traversée par aucun accident ; il n'y eut pas le moindre symptôme d'inflammation parenchymateuse du poumon ; mais la cachexie mercurielle se fit sentir pendant plus de quinze jours, et l'enfant ne fut complètement rétabli qu'un mois après l'opération.

Je dois dire, et j'y attache la plus grande importance, que M. Thillaye et moi avons constamment alimenté notre malade, même alors que la fièvre était vive : dès le cinquième jour, nous avons permis du vin vieux, et ordonné un peu de vin de quinquina ; et nous croyons que par ce régime stimulant nous avons aidé notre malade à surmonter une affection terrible, et les chances d'une opération chirurgicale qui peut n'être pas sans quelques dangers. Les médecins qui ont vu cet enfant sont : MM. Thillaye, Blache, Pidoux, Mathieu, Joux, Jolly, Marmorat, Piégu, etc., etc.

Troisième observation.

Le dimanche 6 avril 1834, je fus réveillé à cinq heures du matin par un cordonnier de la Petite-Villette (près Paris), nommé *Adam*. Ce pauvre homme m'était adressé par M. le docteur Ollinet. Il me racontait que depuis quinze jours, il avait déjà perdu deux enfans du croup, une fille de sept ans, et un jeune enfant à la mamelle ; la veille on avait enterré le petit enfant, et comme on enlevait le cadavre, le dernier de la famille, âgé de trois ans, avait été pris de toux, et dans la nuit du samedi au dimanche, il s'était développé une série de symptômes qui ne permettaient pas au père de méconnaître l'affreuse maladie qui venait de remplir sa maison de deuil. Il venait me supplier de faire une opération, et il voulut que je prisse mes instrumens, parce que, disait-il, il savait trop bien quelle était l'impuissance des moyens ordinaires.

Je le suivis, et nous arrivâmes à six heures à la Petite-Villette. M. le docteur Corsin, médecin ordinaire de la famille, et M. le docteur Ollinet, appelé en consultation, s'étaient rendus chez notre malade en même temps que moi. Nous apprîmes de M. le docteur Corsin que, depuis trois mois, il régnait à Belleville, à la Villette et à la Petite-Villette une épidémie d'angine pharyngienne pelliculaire, qui d'abord sans gravité, tant qu'elle restait bornée au pharynx, envahissait promptement les voies aériennes et faisait alors périr tous les malades sans exception. Il nous dit que la sœur aînée du petit Adam et son petit frère avaient eu les amygdales couvertes de concrétions blanches avant d'être pris du croup, et nous pouvions constater en ce moment que les tonsilles de notre malade étaient encore recouvertes de fausses membranes.

La veille au matin l'enfant avait pris un vomitif qui avait amené un soulagement momentané ; dans l'après-midi, deux sangsues appliquées au col avaient assez abondamment saigné. Nulle autre médication n'avait été tentée. Un vésicatoire qu'il portait au bras s'était recouvert depuis peu de jours de concrétions diphthéritiques épaisses.

Les symptômes du croup existaient au plus haut degré ; mais, comme il restait de la vi-

gueur, il était probable que la vie se prolongerait encore au moins six heures. Nous délibérâmes sur l'urgence de l'opération ; mais le père, homme d'un grand sens et d'une énergie peu commune, me pressait lui-même. « Mes deux enfans sont morts, disait-il ; six heures avant de mourir ils étaient aussi bien que celui-ci ; si vous attendez, vous aurez perdu des chances. » Il avait raison, et certes je ne tiendrais pas moi-même un autre langage si mon fils unique avait le croup ; je n'agirais pas non plus autrement que je ne fis..... Je pratiquai immédiatement la trachéotomie. J'ai dit que cet enfant était vigoureux ; jamais je n'ai eu un semblable labeur ; quoique quatre aides le contiennent vigoureusement, il trouvait encore le moyen de tordre ses reins et de dérober son col de manière que mon bistouri surprenait en quelque sorte chaque incision. Je fus obligé de couper plusieurs veines thyroïdiennes qui donnèrent une hémorrhagie assez abondante ; et cette fois encore il me fallut soigneusement éviter la veine sous-clavière et la veine jugulaire gauches qui faisaient une saillie considérable dans l'angle inférieur de la plaie, surtout pendant les efforts.

La trachée ouverte, il ne sortit pas de fausses membranes ; nous en vîmes flotter une à la partie supérieure de la plaie, que nous enlevâmes avec une pince ; mais nous apercevions la membrane muqueuse trachéale rose et libre de concrétions.

L'hémorrhagie cessa dès que l'air put passer librement, et la respiration devint aussi calme que dans la plus parfaite santé.

J'instillai de l'eau dans les bronches, puis ensuite quinze gouttes d'une solution de quatre grains de nitrate d'argent pour un gros d'eau, puis je plaçai la canule.

Pendant les trois premiers jours, on fit toutes les six heures une instillation de nitrate d'argent semblable à la première. Dans l'intervalle, on injectait de l'eau. On écouvillonnait la canule et les bronches aussi souvent que la respiration devenait un peu bruyante.

Le quatrième jour, il ne nous parut plus nécessaire d'instiller la solution de nitrate d'argent ; de temps en temps seulement la mère nettoyait la canule qui s'embarassait de mucus.

Le cinquième jour, je plaçai une canule à ouverture dorsale, dont je donnerai le dessin dans le prochain numéro.

Le sixième jour, je tins la canule fermée avec un bouchon, pendant sept heures ; et, comme la respiration ne s'était point embarrassée, j'enlevai la canule le septième jour au matin, et je fermai la plaie. L'enfant parla aussitôt avec facilité : ce même jour, il se leva.

Le neuvième jour, l'air ne passait plus que par le larynx, le petit malade sortait dans la campagne, et était revenu à la santé la plus entière. Cependant la plaie des tégumens ne fut complètement cicatrisée qu'un mois après l'opération.

Cet enfant ne fut pas tenu à la diète, et je regardai comme essentiel de n'y pas tenir ce malade. Deux heures après l'opération, il mangeait du pain et du miel. Il but toujours tant qu'il voulut du lait et du bouillon ; quand il avait faim, on lui donnait un peu de pain et de confitures, du miel, du poisson, de la viande blan-

che. A partir du moment où l'opération eut été faite on ne fit pas de médication interne, et nos lecteurs remarqueront que je ne donnai pas de calomel, non plus qu'à l'enfant dont il va être question tout à l'heure. Les médecins qui ont vu ce petit malade sont : MM. Corsin, Ollinet, Miquel, Baudelocque, Marmorat, Campredon, etc., etc.

J'ai dit plus haut qu'une épidémie de diphthérie pharyngo-trachéale (angine maligne, croup) régnait depuis plusieurs mois à Belleville, à la Villette et à la Petite-Villette. Le jeune Halphen et une jeune fille que j'avais également trachéotomisée venaient de Belleville, et déjà neuf enfans étaient morts du croup depuis quelques mois dans les deux autres communes. L'épidémie suivait la marche que je lui avais toujours vu suivre, elle atteignait rapidement et en masse les enfans de la même famille; mais elle ne se rencontrait que de loin en loin dans les diverses parties des communes qu'elle avait envahies.

Quatrième observation.

Il y avait cinq semaines que j'avais opéré à la Petite-Villette le petit Adam, lorsque le dimanche matin, 11 mai 1834, M. le docteur Corsin me fit mander pour l'enfant d'un plâtrier de la même commune, nommé *Pierre Drodlinger*. C'était un petit garçon de 13 mois, encore à la mamelle. Il toussait depuis quatre jours; mais dans la nuit du samedi, il survint une grande oppression, la toux d'abord rauque s'éteignit complètement, et la voix se perdit. M. Corsin fut appelé, et trouvant le malade déjà dans un état désespéré, il se contenta de prescrire une potion stibiée et musquée, et il m'envoya chercher sur-le-champ. Les symptômes du croup étaient bien évidens, et les accès de suffocation étaient si graves et se rapprochaient tellement que je me mis en mesure de pratiquer la trachéotomie.

L'opération fut laborieuse et dura plus de dix minutes. Enfin j'ouvris la trachée, et à l'instant même, un large lambeau de fausse membrane jaillit au loin. Je nettoyai la trachée et les bronches, j'instillai huit ou dix gouttes d'une solution de nitrate d'argent (quatre grains pour un gros d'eau distillée), et je plaçai une canule. Le pauvre enfant respirait à son aise, il nous regardait avec épouvante, et cherchait sa mère qui s'était enfuie de la maison. Nous la fîmes rappeler, et quand elle arriva, le petit lui tendit les bras avec joie, se mit aussitôt à défaire la robe et le fichu qui recouvraient le sein, et tétait avec avidité. Pendant trois jours la canule fut changée soir et matin, et nous instillâmes de six en six heures du nitrate d'argent; le quatrième jour on en injecta pour la dernière fois. Toutes les heures on jetait dans la trachée quelques gouttes d'eau et l'on écouvillonnait la canule. — On instilla de l'eau pendant dix jours. — L'enfant rendit des concrétions pelliculaires pendant quatre jours; mais, le deuxième jour surtout, il en expectora une qui avait une épaisseur considérable.

La fièvre qui s'était allumée quelques heures après l'opération, tomba le troisième jour. — Le septième jour, l'introduction d'une nouvelle canule irrita la plaie, fit gonfler le col, et excita de nouveau une fièvre vive. Ces accidens étaient calmés le neuvième jour. — Le dixième

air passait en grande partie par le larynx; le onzième la canule fut enlevée, et je fermai la plaie. — Le surlendemain l'air ne passait plus que par le larynx. Les médecins qui ont vu cet enfant sont : MM. Corsin, Ollinet, Baudelocque, Aussandon fils, Marmorat, Campredon.

A. TROUSSEAU.

(La suite au numéro prochain.)

RECHERCHES SUR LES ÉPIDÉMIES DES PETITES LOCALITÉS.

(3^e Article.)

DOTHINENTERIE.

2^e Épidémie au Petit-Gênes.

Au mois de mars 1829, la dothinentérie reparut au Petit-Gênes. Une nombreuse famille qui s'y était fixée fut seule atteinte.

La maladie commença par la femme Ragot, âgée de trente-huit ans, et successivement s'étendit à ses quatre enfans, âgés de 16, 14, 11, et 9 ans. Ils eurent tous de quarante à cinquante jours de fièvre, et tous se rétablirent. Tous les jours ils recevaient de fréquentes visites et toutes les nuits ils étaient veillés par leurs voisins, qui, en 1826, avaient été affligés de la dothinentérie : aucun ne la contracta.

Avant d'être malade, la femme Ragot avait passé quelque temps dans l'habitation de la Gadrillière, commune de Saint-Christophe, à une lieue du Petit-Gênes. Là, elle avait donné des soins à son frère Bourgoïn, à sa femme et à sept enfans, dont un à la mamelle, successivement pris de la fièvre typhoïde. La femme Bourgoïn était morte le vingt-quatrième jour.

Cette seconde épidémie du Petit-Gênes présente plusieurs circonstances remarquables. Une nouvelle famille vient s'y fixer, et, trois ans après l'époque où tous les habitans avaient payé tribut à la dothinentérie, les membres de cette famille sont à leur tour aux prises avec cette redoutable affection.

Le médecin qui ne verrait dans l'épidémie de 1829 que la répétition de celle de 1826, ne manquerait pas d'attribuer aux fièvres typhoïdes du Petit-Gênes un caractère endémique.

Mais des informations plus complètes démontrent que la maladie fut contractée à la Gadrillière par la femme Ragot, puis importée dans une famille du hameau, et si le mal n'a pas dépassé le seuil d'une maison, c'est que probablement l'immunité était acquise par une attaque précédente aux familles voisines.

Épidémies de Coëmont.

Coëmont, dont le vrai nom est Courd'hamon, hameau dont la population est de trois cent cinquante habitans, a usurpé le titre de bourg de Coëmont.

« Situé à un kilomètre et demi sud-est de la ville de Château-du-Loir, il commence au penchant d'un coteau et se termine aux bords du Loir; l'ancienne route de Caen à Tours le traverse du nord au sud.

« Il dépend de la commune de Vouvray dont le bourg est éloigné de deux kilomètres au nord-est. » (Pesche, *Dictionnaire historique de la Sarthe*.)

Coëmont peut être divisé en partie haute et basse, celle-ci est fort sujette aux inondations du Loir.

Le débordement avait été considérable en 1820, l'eau avait pénétré dans plusieurs maisons, et quelque temps après la dothinentérie sévissait d'une manière épidémique et la rue Basse fournissait un grand nombre de malades.

L'épidémie, d'après l'opinion répandue, était l'effet de l'inondation. Toutefois, des informations exactes m'ont donné la certitude que celle-là n'a point été la conséquence de celle-ci. En effet, deux familles dont les habitations, placées au revers du coteau, dominant le vallon du Loir, étaient malades avant le débordement de la rivière.

Hérisson, vigneron, âgé de quarante-cinq ans, fut le premier dothinentérique, il n'avait, assure-t-il, communiqué avec aucun malade, et d'ailleurs aucune maladie n'était répandue aux environs.

Les membres de sa famille, pris successivement, reçurent des secours de voisins, nommés Trosseau, qui à leur tour devinrent malades.

Pendant trois mois la dothinentérie affligea ces deux maisons sans que l'attention fût éveillée.

L'inondation survint, et plus tard la jeune Péan, âgée de seize ans, travaillant en journée dans le voisinage des malades, n'ayant de relations qu'avec leurs gardes, fut la première dothinentérique du bas-quartier.

La maison Péan est dans un lieu que l'inondation n'atteint jamais : cette maison fut le point de départ de la dothinentérie, qui de la jeune Péan passa à son frère, âgé de dix-huit ans, sa sœur de douze, le père et la mère de trente-huit et quarante ans ; puis à des parens, à des voisins plus rapprochés du Loir et qui leur avaient fait de fréquentes et obligeantes visites.

Il y eut en quelques mois trente-quatre malades, dont six moururent.

2^e Épidémie de Coëmont.

Une seconde épidémie se déclara à Coëmont, en 1828. Elle commença au mois de février et se termina au mois de mai suivant.

Aucun des dothinentériques de 1820 ne fut repris, malgré des soins que plusieurs rendirent aux familles affectées.

Cette fois, j'ai pu constater l'importation de la maladie.

La première malade nommée Bourgoin, domestique, âgée de vingt-sept ans, habitant une maison très saine à l'angle formé par l'ancienne et la nouvelle route royale, était allée passer quelques jours à une lieue de Coëmont, dans l'habitation de la Mercerie, où sa sœur et sa mère étaient malades de la fièvre typhoïde.

La fille l'avait eue d'abord, puis la mère après plusieurs semaines de rapports intimes ; c'est alors que son autre fille de Coëmont leur porta secours. Revenue chez ses maîtres, cette dernière ne tarda pas à présenter les graves symptômes d'une dothinentérie qui l'enleva au trente-cinquième jour.

Les enfans du hameau se réunissaient à l'école dans la maison de la malade. Une élève de douze ans fut prise, et rentrée chez ses parens qui demeuraient auprès du Loir, elle communiqua sa maladie à deux frères plus jeunes qu'elle. Le père nommé Papin, pêcheur, âgé

de trente-six ans, grand, robuste, n'habita pas impunément la même chambre que ses enfans ; pris plus tard que les deux derniers, il succomba le trentième jour.

Le mal atteignit ensuite des amis et visiteurs de cette famille ; il y eut enfin dix-huit malades et six morts. Parmi les derniers dothinentériques, se trouvait la domestique de la mère du pêcheur Papin, la fille Lemeunier, qui, comme nous l'avons dit, importa cette fièvre typhoïde à la Drouauderie.

Vers la fin de l'épidémie, deux femmes de Vouvray, les nommées Moulinet et Joséphine Alteau (*Observation 1^{re}*), qui étaient venues plusieurs fois à Coëmont et avaient communiqué avec les garde-malades, furent les seules dothinentériques en dehors du foyer de l'épidémie.

Une filature de coton sur le Loir même, à peu de distance des malades, réunissait alors une quarantaine d'ouvriers. La plupart partaient le matin de la ville de Château-du-Loir, où ils rentraient tous les soirs. L'épidémie respecta cette petite population, étrangère en quelque sorte à celle de Coëmont.

Si le premier malade de l'épidémie de 1820, n'a pas contracté la dothinentérie ; si chez ce vigneron, l'affection a été spontanée, évidemment au moins, elle s'est propagée dans sa famille à la manière ordinaire des maladies contagieuses.

Postérieure au fléau, l'inondation n'a pu en être la cause déterminante, et vu la situation de la maison Péan, l'on ne peut attribuer au débordement du Loir aucune influence sur la propagation de la dothinentérie.

L'importation par la fille Bourgoin, doit être logiquement considérée comme la cause de la seconde épidémie. La réapparition d'une même fièvre épidémique à Coëmont, de même qu'au Petit-Gênes, ne décèle aucune qualité endémique.

Aussi depuis 1828, de nouveaux ménages se sont établis à Coëmont, des inondations très fortes ont eu lieu, notamment en 1833, et aucun habitant n'a été attaqué de la dothinentérie.

Cette seconde épidémie peut confirmer encore l'opinion émise par M. Bretonneau, que l'immunité est acquise par une première attaque de la fièvre typhoïde.

Épidémie de Vaas.

Vaas est une petite ville à deux lieues de Château-du-Loir, traversée de l'est à l'ouest par la route de la Flèche.

Les maisons y sont bien bâties en pierres du pays ; elles sont assez vastes.

Le Loir et une très petite rivière qui s'y réunissent, bornent la ville ; le premier au midi, la seconde au nord ; leur parallélisme cesse à l'extrémité de la ville.

Le sol est assez élevé pour être à l'abri des inondations, et presque toutes les maisons sont séparées de l'eau par des jardins plus ou moins vastes.

Comme dans toutes les villes, les habitans forment différentes classes, depuis le propriétaire qui vit de ses revenus jusqu'à l'ouvrier gagnant par son travail le pain de sa journée.

Une épidémie de dothinentérie s'y montra bras. Ils se manifestent quelquefois sur les par-

en 1832, et frappa sans distinction et à peu près également toute la population, pauvre, aisée ou moyenne.

Sa marche a été tellement lente, les malades se sont succédé à de si longs intervalles, ils ont été en si petit nombre à la fois que, dans le lieu même, personne n'était effrayé, et l'on se doutait à peine qu'il y eût une épidémie.

Cependant plus de quarante individus furent atteints, et six succombèrent.

La dothinentérie avait paru dans le mois de mars 1832, et, le 8 janvier 1833, je me suis trouvé en consultation avec M. Lepingieux, médecin de l'endroit, pour mademoiselle Poisseau, fille du notaire, affectée de la maladie qui n'avait pas discontinué de régner dans la ville ou les environs.

Plusieurs mois avant cette époque, j'avais vu avec le même médecin une demoiselle Germain, arrivée à la période la plus grave de la fièvre typhoïde; elle succomba peu de jours après; sa sœur, sa mère, un jeune frère furent successivement pris et se rétablirent.

Les recherches un peu tardives que j'ai faites dans l'endroit même, et les renseignements qui m'ont été communiqués par le médecin, n'ont pu me procurer la découverte du premier malade.

L'on croit que la dothinentérie s'est montrée d'abord chez M. Serpin, dans la maison duquel étaient réunis une quinzaine de jeunes gens en pension bourgeoise.

Le premier malade de cette maison fut à coup sûr le nommé Refour, âgé de seize ans, résidant à Vaas, depuis trois mois, sa maladie était bien caractérisée lorsqu'il se retira dans sa famille.

Son compagnon de lit nommé Réphé, ne fut pas malade.

Si je n'ai pu retrouver la trace des premiers dothinentériques de manière à établir des numéros d'ordre, j'ai du moins acquis la preuve que là, comme partout ailleurs, la dothinentérie se propageait dans les familles, du premier malade de chaque maison aux parens qui le soignaient.

Nous avons déjà cité la famille Germain, nous pouvons indiquer les autres.

Legeay, un des premiers malades, communiqua la fièvre typhoïde à sa sœur.

La femme Hureau est prise, puis son fils.

Une fille Mittereau reçoit des soins de son frère, âgé de vingt-six ans, qui est malade à son tour.

Une femme Calais meurt au vingt-unième jour; sa fille, âgée de treize ans, atteinte un mois plus tard ne se rétablit qu'après plusieurs semaines de danger.

Un jeune Trouillard transmet la maladie à sa mère, et une demoiselle Beldent à sa sœur.

La dothinentérie reparut dans la maison Serpin. La dame tient un bureau de tabac et recevait fréquemment les visites des convalescens. Elle fut prise au commencement d'août 1832, et fut alitée pendant sept semaines.

Un de ses pensionnaires nommé Poisson, âgé de vingt-quatre ans, lui rendit quelques visites, et eut les premiers symptômes typhoïdes, lorsque son hôtesse arrivait au troisième septenaire.

Poisson ne quitta sa pension qu'après quinze jours de maladie, et jusque-là ne cessa pas de partager le lit de Desnault, âgé de dix-huit ans. Dans la même chambre, couchaient trois autres jeunes apprentis. Desnault seul contracta la dothinentérie.

Enfin la domestique de madame Serpin, Jeanne Chevardin, âgée de vingt-neuf ans, ne résista pas aux soins qu'elle avait donnés à sa maîtresse. Elle couchait habituellement avec Justine Dupin, âgée de onze ans; leur séparation eut lieu lorsque la domestique était déjà dans un état grave: Justine Serpin fut la dernière malade de la maison.

Douze jeunes gens de cette même pension n'éprouvèrent aucun dérangement de santé.

La maladie de Vaas fut portée à quelques habitations isolées des environs, et, dans ces localités circonscrites, la contagion se révéla avec toute sa simplicité et tous ses degrés de certitude.

Refour, que nous avons cité comme le premier malade de la maison Serpin et peut être de la ville, demeurait à deux lieues, dans la commune de la Chapelle, à la Cave Giroux, où il arriva après plusieurs jours de maladie.

Le médecin de Vaas continua à le visiter, et eut successivement à traiter dans la maison, la mère, âgée de trente-huit ans; le père, de quarante-deux ans; un autre enfant de quatorze ans, et enfin la grand-mère, de soixante-douze ans, qui seule succomba.

La Cave Giroux est une maison isolée, très saine, tenue proprement.

La famille Refour est dans l'aisance, et les malades occupaient plusieurs appartemens.

Le second pensionnaire de madame Serpin, qui retourna aussi malade dans sa famille, ne communiqua pas sa dothinentérie.

Cette épidémie ressemble à toutes celles qu'on observe dans les grandes villes; souvent l'attention des médecins et de l'autorité n'est éveillée que lorsque le mal a fait un certain nombre de victimes.

Il est trop tard alors pour constater d'une manière positive les circonstances qui ont précédé l'invasion de l'épidémie.

Dans les lieux où la population est agglomérée, où les communications se succèdent nombreuses et continuelles, il est impossible de distinguer les indifférentes de celles qui ont été réellement nuisibles.

Le médecin spectateur d'une épidémie, s'il veut ne la considérer que dans son ensemble, sans daigner s'abaisser aux détails, n'arrivera jamais qu'à des résultats vagues et incertains.

Dans les villes comme dans les campagnes, il faut se résigner à des recherches minutieuses, si l'on veut admettre ou rejeter la contagion.

Le premier malade d'un quartier, d'une rue, d'une maison, d'une ferme ne porte pas écrit sur son front *mal contagieux*. Souvent la contagion existe sans qu'on puisse en obtenir la preuve, même en cherchant bien, à plus forte raison quand on cherche mal, et à plus forte raison encore quand on ne cherche pas.

Dans les grandes villes, la question sera toujours indécise parce qu'on ne peut apprécier la valeur de relations multipliées. Le même médecin, ne voit pas tous les malades d'un même

quartier, d'une même maison. Les observations de chacun, se bornent à une même famille. Dans ce cas, malgré la différence d'habitudes, d'aisance, de propreté chez les habitans des villes, comme chez les paysans, un premier dothinentérique étant donné, la maladie se transmet souvent aux parens qui l'entourent.

En 1826, six élèves partent de l'école de la Flèche où la dothinentérie était épidémique et en sont atteints quelques jours après leur arrivée à Versailles.

Plusieurs furent traités par M. Borie qui transmit à M. Renon, chirurgien de l'école, les renseignements suivans :

« J'ai traité six de vos élèves atteints de la gastro-entérite, avec état adynamique bien prononcé. Cette maladie ne régnait pas alors à Versailles. Parmi les personnes qui soignaient les élèves, et celles mêmes qui ne faisaient que les visiter, plusieurs furent prises de cette maladie et la communiquèrent.

« Un des élèves la transmet à sa sœur, celle-ci à sa femme-de-chambre et cette dernière à une amie qui venait la visiter. »

Modes de contagion de la dothinentérie.

L'on regarde comme contagieuse toute affection qu'un individu malade peut transmettre à un individu sain, lorsque cette transmission s'opère sans virus et sans que le contact immédiat soit indispensable; on l'attribue à un principe émané du corps malade et désigné sous le nom de miasme. Nous n'avons pas, nous praticiens, à disserter sur l'existence des miasmes: les plus subtiles analyses de la chimie n'ont rien appris de positif sur cette question que nous abandonnons pour des faits pratiques.

« La matière contagieuse ne peut se reconnaître que par ses effets, comme l'électricité, le calorique, l'attraction, parce qu'elle ne tombe pas plus sous nos sens, que ces causes physiques, dont il est cependant impossible de ne pas admettre l'existence, quoique leur nature nous soit inconnue. » (Rostan, *Diagnostic spécial et différentiel des typhus; clinique*, tom. II.)

Quel que soit le principe contagieux de la dothinentérie, il nous est démontré que cette maladie se transmet

1° Directement | Par contact immédiat.
et | et

2° Indirectement. | Par contact médiat.

De là, quatre modes de contagion, 1° directe immédiate, des malades aux gardes-malades: c'est la plus ordinaire.

2° Directe médiante, du malade à ceux qui le visitent ou l'approchent sans le toucher.

3° Indirecte immédiate, elle a lieu sous l'influence d'un contact immédiat avec les effets qu'ont portés les malades.

4° Indirecte médiante; par celle-ci la maladie se propage hors du foyer des malades, à des individus qui n'ont eu de rapport qu'avec des tiers, visiteurs ou gardes des malades, mais restés sains eux-mêmes.

1° *Contagion directe immédiate.*

Un dothinentérique étant donné, la personne qui lui a prodigué les soins les plus assidus a souvent été atteinte de la dothinentérie, et successivement des familles entières en ont été affligées. L'on en trouve la preuve dans les faits

que je viens d'exposer: des observations semblables ne sont pas rares dans les différens auteurs.

« Anno 1775, mense junio, mulier, ejusdem duo filii, et filia duæ ægrotârunt.

« Prima decubuit junior filia 18 annos nata, paulò post soror, deindè fratres duo, postremò mater, morbum alter ab altero acceperunt. » (Strak, *Observationes de morbo cum petechiis.*)

La description que Strak donne de la fièvre pétéchiiale, ne laisse aucun doute sur son identité avec la dothinentérie.

Plus loin, le même auteur indique d'une manière plus positive l'intervalle qui existe ordinairement entre le premier et le second malade.

« Pauperis scilicet alicujus coloni uxor castellis, cum vix perisset, petechiarum morbum ab ægris militibus per contagium acceperat; erectâ muliere, morbus in maritum transit. »

Plusieurs médecins distinguent la dothinentérie du typhus; ils accordent à l'un la qualité contagieuse qu'ils refusent à l'autre; et lorsqu'on démontre la propagation de la dothinentérie par contagion, ils veulent que cette prétendue dothinentérie soit le typhus. Nous croyons avec MM. Chomel, Louis, Bretonneau, etc., que ces deux maladies n'en font qu'une. Le typhus est une dothinentérie armée de ses symptômes les plus redoutables, mais ce n'est point la gravité des symptômes qui rend la maladie transmissible, souvent une dothinentérie bénigne en occasione une grave et réciproquement.

Bien plus, il est des épidémies où presque tous les malades sont pris d'une manière peu alarmante, où le plus grand nombre se rétablit sous l'influence d'une médecine expectante et dans lesquelles cependant abondent les preuves de la contagion.

• L'épidémie du Petit-Gênes, en 1826, a présenté ces différentes circonstances.

Un premier malade pest gravement, sa domestique meurt; mais des voisins qui ont contracté en même temps que cette fille et auprès du même malade, sont atteints à un faible degré: tous, au nombre de dix, se rétablissent. Puis la femme Dupin qui a pris chez ces derniers la dothinentérie, devient à Breuil le foyer d'une épidémie plus meurtrière et pendant laquelle sur onze malades quatre femmes périssent.

Mon père, le docteur André Gendron, a observé dans le Vendômois, un grand nombre d'épidémies de fièvres typhoïdes, depuis 1806 jusqu'en 1814.

Ses manuscrits contiennent des notes curieuses et des réflexions pratiques d'un grand intérêt. Je copie textuellement.

« Le bruit a couru dans notre ville que l'épidémie de fièvres putrides malignes avait été apportée en 1810, par des prisonniers espagnols, dont plusieurs détachemens passèrent successivement à Vendôme. Les premiers nous avaient offert l'inflammation de la muqueuse gastrique, avec cette apparence de symptômes adynamiques, notée par Broussais. » (*Phlegmasies chroniques.*)

« Quelques-uns de ceux qui vinrent ensuite furent affectés de fièvres putrides malignes.

« Il en était mort un grand nombre depuis leur départ de Bayonne ; plus d'un tiers de ceux qui entrèrent à notre hôpital y moururent peu de jours après y avoir été reçus.

« Ce qui contribua à faire regarder cette maladie comme contagieuse, c'est que plusieurs des pompiers employés à les garder ou à les conduire furent frappés de la maladie ; qu'elle se manifesta chez eux avec des symptômes très graves, et que quatre d'entre eux succombèrent.

« Ni les sœurs, ni les infirmiers qui soignèrent les malades de l'hospice n'en furent affectés. Quelques ouvertures de cadavres faites à la hâte, offrirent la membrane muqueuse intestinale gonflée dans presque toute son étendue, rouge dans beaucoup de points, ulcérée dans d'autres.

« Les ulcères à bords inégaux, frangés, ne paraissaient pas s'étendre au-delà de la muqueuse. Les glandes du mésentère étaient généralement gonflées et pâles.

« Le péritoine a paru quelquefois injecté et légèrement phlogosé, mais souvent la muqueuse seule était affectée.

« Il fallait la plus grande sévérité dans les traitemens ; les saignées générales ou locales peuvent être utiles au début ; nous n'accordions aux malades que des boissons mucilagineuses, des crèmes de riz ou de pain ; nous prescrivions des fomentations et des lavemens émolliens. Il fallait se borner à ces simples moyens ; les astringens, les toniques augmentaient les coliques, les douleurs, la tension du ventre. »

Plus de deux ans avant cette époque, vers la fin de décembre 1807, plusieurs militaires arrivant de Pologne, avaient été admis à l'hôpital de Vendôme pour y être traités de fièvres adynamiques.

« Nous prescrivîmes (extrait des mêmes manuscrits) un vomitif à deux des premiers entrés à l'hospice : ce remède produisit un fort mauvais effet.

« Les forces s'abattirent, il survint du délire et au bout de quelques jours, la fièvre présentait des symptômes adynamiques très prononcés.

« Dans le courant de janvier 1808, cette maladie commença à devenir commune dans les campagnes, surtout dans le canton de Saint-Amand, situé sur la grande route de Vendôme à Château-Renaud, route fréquentée par les militaires.

« L'épidémie s'étendit à plusieurs bourgs et hameaux de ce canton, notamment à Prunai, où elle fut importée par un nommé Rolland.

« Celui-ci venait de la ferme de la Jaria où plusieurs individus étaient morts. Arrivé à Prunai il tomba malade et mourut quelques jours après.

« Dans la même semaine, plusieurs individus qui avaient assisté Rolland, tombèrent malades, entre autres le sacriste qui succomba.

« On peut alléguer en faveur de la contagion les faits suivans : Il y a des maisons où l'on a vu quatre à cinq personnes être attaquées après avoir soigné les premiers malades et

« mourir successivement ; il y a eu des communes où il est mort jusqu'à cinq sacristes les uns après les autres : on sait qu'ils accompagnent les ministres du culte, dans l'administration des sacrements.

« D'un autre côté, dans d'autres maisons, un seul individu a été affecté et n'a point communiqué sa maladie à ceux qui le gouvernaient et couchaient dans sa chambre.

« Les desservans, les médecins et les chirurgiens n'ont pas été malades. »

Jusqu'à présent, je me suis contenté d'indiquer les faits de contagion. Observons en passant qu'elle n'est pas infallible, infinie, qu'un grand nombre d'individus s'y exposent impunément.

Il faut l'admettre ainsi, puisque c'est ainsi qu'elle existe. Le malade étant toujours le point de départ de mes investigations, chaque fois que j'ai été appelé pour un dothinentérique, j'ai cherché à connaître les circonstances préalables. J'aurais voulu savoir pourquoi, à danger égal, tel sujet est atteint et tel autre est exempt ; parfois j'ai obtenu une solution satisfaisante et souvent non. Si tous les sujets exposés ne deviennent pas malades, en revanche presque tous les sujets malades s'étaient exposés.

Dans le très grand nombre d'épidémies que j'ai étudiées, à l'intérieur d'une famille, d'un hameau ou d'un bourg, l'importation par arrivée d'un premier malade a été constatée, ainsi que la succession de la dothinentérie en raison directe de la fréquence des relations.

Lorsque, chez le premier malade, la dothinentérie ne pouvait être attribuée à des rapports suspects précédens, la propagation s'est opérée dans l'ordre qu'elle observe lorsqu'elle est la conséquence d'une importation.

De sorte qu'on peut affirmer qu'un contact immédiat répété est la cause la plus commune de la propagation des fièvres typhoïdes de nos campagnes.

2^o Contagion directe médiate.

La contagion sans contact immédiat est moins fréquente, nous pouvons cependant en citer plusieurs exemples.

Madame Contereau mère n'avait fait qu'une seule visite au domestique de son fils lorsqu'elle fut en même temps que la sœur du malade atteinte de la dothinentérie.

Les trois journaliers de la Chevalerie et les quatre employés chez la veuve Ferchet à la Drouauderie ne portaient aucun secours aux malades, mais se réunissaient dans leurs chambres à l'heure des repas.

Les trois premiers contractèrent la maladie ; deux l'emportèrent dans leur famille. Des quatre derniers, trois furent atteints, un seul la communiqua.

Le 13 août 1828, Chesnay, âgé de 22 ans, fait une visite à un dothinentérique de la commune de Saint-Pierre de Chevillé, treize jours après, il ressent les symptômes de la maladie et n'entre en convalescence qu'au bout de cinq semaines.

Une de ses voisines, jeune femme de 22 ans, enceinte de quatre mois, lui fait une courte visite, vers la fin de septembre : quelques jours après elle tombe malade ; les symptômes de la dothinentérie furent douteux dans les deux pre-

miers septénaires, mais ils se prononcèrent sensiblement dans les suivans. La malade fut plus de deux mois avant d'arriver à un état de santé satisfaisant.

A Château-du-Loir, madame Gasselin est prise de fièvre typhoïde dans les premiers jours du mois de mai 1833, et dans toute la ville il n'y avait aucun autre dothinentérique.

Elle reçoit les soins de sa mère, femme âgée, ayant payé autrefois le tribut à la maladie, et d'une domestique dont la santé a été, long-temps avant, gravement compromise par une fièvre de nature inconnue.

Une jeune personne de seize ans parut plusieurs fois dans l'appartement, mais la malade même exigeait que ses visites fussent rares et qu'elle se tint éloignée du lit. Le 26 mai, cette jeune fille offrait les symptômes d'une dothinentérie grave au début, mais dont la marche fut prompte et la terminaison des plus heureuses. (Observations 3 et 4.)

La femme Viot âgée de 28 ans, demeurant à l'Etre-Châtard, à une lieue de Vaas était au troisième septenaire de la fièvre typhoïde, lorsqu'elle reçut la visite de son beau-frère Viot, âgé de 30 ans, demeurant dans la commune de Chenu à plus d'une lieue de l'Etre-Châtard. Dès le lendemain Viot fut obligé d'appeler le médecin de Vaas qui le traita d'une dothinentérie.

Un jeune homme, nommé Durand entre chez la même malade pour savoir de ses nouvelles. Il y reste un quart d'heure, et retourne chez lui à un quart de lieue de l'Etre-Châtard; trois jours après, il est pris et lutte pendant un mois avec une grave dothinentérie qu'il communique à sa mère, celle-ci à son mari.

Ces observations démontrent que non-seulement dans les foyers épidémiques comme à la Chevalerie, à Vaas, à la Drouauderie, mais encore dans les lieux où les dothinentériques sont isolés, comme chez Contereau, Chesnay et madame Gasselin, la fièvre typhoïde peut se transmettre aux individus qui font une ou plusieurs visites aux malades sans les toucher.

Le contact immédiat ajoute aux chances de contagion, mais il n'est pas indispensable.

3° Contagion indirecte médiate.

C'est celle qui a lieu, les contractans n'ayant eu aucunes relations avec les malades, mais ayant communiqué plus ou moins fréquemment avec ceux qui les soignaient ou les visitaient.

Lorsque les dothinentériques sont assez nombreux pour constituer une épidémie, il n'est pas rare de voir des individus atteints en dehors des foyers de contagion. Entre ces nouveaux malades et les anciens l'on découvre presque toujours des relations indirectes au moyen de tierces personnes.

Toutefois il m'a semblé qu'un foyer épidémique n'était pas indispensablement le point de départ de ce mode indirect de propagation. Réduit à sa plus grande simplicité, nous croyons qu'il peut avoir lieu, même d'un malade isolé à un seul individu par un seul intermédiaire.

Je conçois qu'il est difficile d'en recueillir des preuves convaincantes, moi-même j'ai craint d'attribuer à la contagion une puissance dont elle serait dépourvue. Je conçois donc que des praticiens attribuent au hasard cette coïnci-

dence de relations indirectes et de développement isolé de la dothinentérie. Mais je le répète le hasard ne prouve rien, n'explique rien, et les faits doivent toujours être enregistrés, sauf à suspendre son jugement jusqu'à ce que leur nombre décide l'incertitude d'une question.

Nous trouverons dans nos épidémies les preuves de la contagion indirecte médiate.

A la Drouauderie, Rose Perchet, la jeune femme Fortier s'étaient tenues à l'écart des malades, mais non de leurs gardes. Toutes deux furent atteintes et successivement tous les membres de leurs familles, à l'exception de l'enfant que sa mère malade continua à allaiter.

A Coëmont une jeune ouvrière communique dans le quartier des malades avec ceux qui les approchent. C'est par elle que la dothinentérie franchit plusieurs habitations, s'établit dans la rue Basse et y reprend ses habitudes de transmission des secourus aux secourans.

A Vouvray-sur-Loir, la femme Moulinet présente les mêmes symptômes que les malades de Coëmont, elle n'a pas eu de rapport avec eux, mais il est constaté qu'elle a fait dans leur voisinage même plusieurs visites.

A la suite de circonstances semblables et dans la même commune Joséphine Alteau (observation 1^{ère}) est prise à son tour.

Coëmont dépend de la commune de Vouvray et est peu éloigné de ce dernier bourg, où pendant l'épidémie les deux personnes que je viens de citer furent seules malades.

En 1814, à la Salpêtrière, plusieurs salles furent mises à la disposition de malades affectés du typhus. Deux infirmiers employés près de ceux-ci, furent bientôt envoyés dans une autre division où le typhus ne tarda pas à se montrer. J'ai entendu plusieurs fois M. Pinel attribuer à cette mutation de service la propagation de la maladie.

Nous avons déjà dit que la contagion indirecte médiate pouvait s'opérer isolément en dehors de tout foyer épidémique.

Si l'on veut n'être pas accusé de trop de crédulité, les preuves devront être soumises à un choix sévère et dès-lors le même praticien n'aura que quelques occasions de les fournir significatives.

Lorsque plusieurs membres d'une même famille, isolés les uns des autres, se sont trouvés successivement en proie à la même maladie, sans qu'il y ait eu communication entre les malades, cette coïncidence de parenté et d'identité d'affection malgré l'éloignement m'a paru devoir fixer l'attention, surtout les lieux et les habitations intermédiaires étant respectés; dans cet état de choses, s'il est démontré que des parens communs aux malades ont circulé du premier aux suivans, je ne pense pas qu'il y ait défaut de logique à regarder cette correspondance comme cause probable de la propagation.

Au mois d'octobre 1831, je visitai à Château-du-Loir un jeune clerc de notaire au dixième jour d'une affection dont les symptômes semblaient amendés. Je crus reconnaître la dothinentérie et dirigeai mes questions de manière à savoir si ce jeune homme nommé Lauzan n'avait pas eu précédemment des relations avec quelques malades. J'obtins constamment une réponse négative.

Toutefois la mère à laquelle j'exprimais en particulier mes craintes sur la gravité et la durée de la maladie, me répondit que c'était d'autant plus fâcheux, que le patron de son fils, demeurant à trois lieues de la ville, à la suite d'un voyage fait au loin, près de son père malade, était revenu malade lui-même. Après lui sa femme l'avait été et en même temps, ce jeune clerc qui les avait approchés plusieurs fois et dont le travail leur était plus indispensable dans ces malheureuses circonstances.

Quoi qu'il en soit, après une médecine expectante d'autant mieux indiquée que la dothinentérie marchait sans symptômes graves, dans le quatrième septenaire, la langue devint promptement rouge, sèche, contractée, tremblante; il survint du délire avec mussion, la respiration s'accéléra ainsi que le pouls, des sueurs gluantes n'apportèrent aucune amélioration, le ventre se ballonna, il y eut émission involontaire d'urines et de matières alvines peu abondantes, soubresauts dans les tendons, tremblement musculaire général, la face se grippa et au trentième jour, le malade s'éteignit sans qu'une thérapeutique plus active eût la moindre influence sur cette série de symptômes. Toutefois les purgatifs ne furent pas administrés et depuis cette époque ils m'ont paru modifier avantageusement un état semblable.

Notre malade avait reçu des soins de sa mère, et d'une de ses sœurs madame Gasselin dont la maison était située à une autre extrémité de la ville. Cette même maison reçut à demeure la mère du défunt, trois semaines après la perte de son fils, et cinq semaines plus tard une des jeunes filles Gasselin qui n'avait eu avec ce dernier aucune communication, fut prise de la dothinentérie.

Ainsi à deux mois de distance, dans la même ville, l'on observe en tout, deux dothinentériques, ils n'ont pas communiqué, mais ils sont proches parents, mais la mère de la seconde, sœur du premier, a tous les jours circulé d'une maison dans l'autre, mais la mère du jeune clerc, grand-mère de la jeune fille, après des visites fréquentes, s'est fixée chez cette dernière: je vois là des circonstances qui ne sont plus des jeux du hasard.

Nous retrouverons d'ailleurs ce mode de contagion dans différentes maladies, et des auteurs recommandables l'ont signalé pour celle qui nous occupe en ce moment.

« Le commerce avec les malades déterminait encore fréquemment la maladie, aussi attaquait-elle successivement la plupart des habitants d'une même maison.

« Et même si quelqu'un restait pendant quelque temps auprès d'un malade étranger, il transmettait quelquefois la contagion d'une maison dans une autre. » (Rœderer et Wagler.)

4° Contagion indirecte immédiate.

Ce mode de contagion a lieu lorsque des individus contractent une maladie pour avoir touché des effets qui avaient servi aux malades, porté leurs vêtements, occupé leurs lits.

Nous avons parlé au commencement de ce travail, d'une femme Durand venue du Fresne à Saint-Pierre de Chevillé pour assister sa mère. Elle lava le linge et les effets de la dé-

funte et fut prise peu de temps après de la même maladie.

Si ce fait était unique, il ne serait pas concluant, parce que cette femme avait eu précédemment des rapports avec la malade.

Le suivant peut lever tous les doutes.

« Un domestique de M. le comte Théodore de Beaumont, ayant été visiter un de ses parents affecté de dothinentérie dans un village à deux lieues de Beaumont, avait été pris de cette maladie peu de temps après son retour.

« Une femme du même bourg, lava avant de le lessiver le linge du domestique, elle n'avait eu avec le malade aucune communication directe et se plaignit d'avoir été fort incommodée par l'odeur du linge qu'elle avait blanchi. Cinq à six jours plus tard, elle eut les prodromes de la dothinentérie et elle était à peine hors de danger au trente-sixième jour. »

— Fait observé par M. Brault, docteur en médecine à Beaumont, et publié par M. Bretonneau, *Archives générales de médecine*, septembre 1829. —

J'emprunte à la même notice les passages suivants: ils expliquent à la fois les circonstances qui déterminent la transmission d'une maladie, par voie indirecte immédiate et le mystère dont souvent est enveloppé ce mode de contagion.

« Fréquemment, on n'en peut douter, les lits des hôtels garnis et ceux des logeurs chez lesquels les ouvriers se retirent en grand nombre, transmettent et propagent les maladies contagieuses.

« Dans ce cas, comment remonter à la source de la contagion? Si le malade interrogé dans un hôpital peut quelquefois répondre que le lit voisin du sien était occupé par un varioleux, il arrivera rarement qu'il puisse faire comprendre qu'un camarade dont il a partagé le logement était affecté de fièvre typhoïde.

« Dans aucun cas il ne pourra dire s'il n'a pas occupé le lit encore chaud d'un homme qui vient d'être transporté à l'hôpital.

« Quant aux hôtels garnis, pense-t-on que dans ces maisons, l'on prenne souvent le soin de lessiver les matelas et les fournitures du lit sur lequel un jeune homme affecté de dothinentérie sera resté pendant plusieurs jours et sur lequel même il aura succombé. Qu'un autre étranger que la dothinentérie peut encore atteindre, vienne la contracter dans le même appartement sur le même lit, d'où viendront les renseignements qui pourraient mettre sur la voie de la contagion? » (Bretonneau, *Archives*.)

Malgré le nom recommandable de l'auteur, le passage que je viens de citer aurait seulement le mérite d'une doctrine plus ou moins probable si des faits authentiques n'en confirmaient la vérité.

J'ai vu des maisons dont les domestiques avaient été aux prises avec la fièvre typhoïde. Plusieurs mois, quelquefois plusieurs années s'écoulaient, de nouveaux domestiques succédaient aux premiers, occupaient les mêmes chambres, les mêmes lits, et à leur tour après un temps plus ou moins long, ils étaient atteints de la dothinentérie. Lorsque le change-

ment d'habitation n'est pas partiel, mais que toute une famille déménage, les nouveaux fermiers et leurs domestiques habitent impunément les mêmes lieux, les mêmes appartemens où la fièvre typhoïde a précédemment exercé ses ravages.

A quoi tient cette différence si ce n'est au déménagement des lits et des effets qui ont servi aux malades, déménagement qui n'a pas lieu, lorsque les domestiques seuls se déplacent?

Madeleine Levillain est saisie de la fièvre typhoïde le 8 janvier 1829 : cette jeune fille était domestique chez des Fortier qu'il ne faut pas confondre avec des parens du même nom habitant la Drouauderie.

Ceux-ci demeuraient à la Justice, à un quart de lieue du hameau : tous pendant l'épidémie avaient donné des soins à la famille Guilliet ; de retour chez eux, leur santé n'étant nullement altérée, ils avaient repris leurs habitudes.

La mort de Guilliet décida ce même Fortier son gendre à prendre à son compte la ferme du défunt. Tout son ménage fut transporté à la Drouauderie le 1^{er} novembre 1828, et sa belle-mère mit le sien dans une boulangerie inhabitée jusqu'alors et tenant à la maison.

Dans cette même boulangerie la domestique de Fortier, Madeleine Levillain occupait toutes les nuits le lit qui avait servi plus de deux mois auparavant à la fille Guilliet et à Françoise Olivier, dothinentériques pendant l'épidémie.

Les Fortier, tout en habitant une maison où la fièvre typhoïde avait passé, couchaient dans des lits qu'ils avaient apportés. Aucun d'eux ne fut malade, mais Madeleine Levillain le devint après deux mois de séjour à la Drouauderie.

Cinq ans après, en octobre 1833, une autre jeune fille nommée Madeleine Viot, domestique chez ce même Fortier, couchant depuis un an dans ce même lit qui probablement avait été funeste à Madeleine Levillain, a été prise de la dothinenterie. Je veux douter de la valeur de ce contact après un temps si long et surtout lorsque le même lit dans l'intervalle a été occupé impunément par deux jeunes filles, domestiques intermédiaires aux deux Madeleine, mais je note le fait parce qu'il n'est pas unique.

Un domestique de Contereau fut pris de la dothinenterie en 1828 ; il occupait le même lit qui avait servi en 1824 à un précédent domestique malade de la dothinenterie. Toute la famille Contereau l'avait eue à cette époque.

Depuis plusieurs années, ce ménage a été renouvelé, de nouveaux fermiers habitent Verneilh et n'ont présenté aucun malade.

A Château-du-Loir, madame Gasselin donne pendant 58 jours des soins à sa fille aînée, dothinentérique dont la mort a semblé la conséquence d'un ulcère gangréneux du sacrum : l'année précédente la plus jeune sœur de la malade avait payé son tribut à la fièvre typhoïde, toutes deux pendant le cours de la maladie avaient occupé le lit de leur mère, une première fois celle-ci avait donc repris impunément ce même lit. Il n'en fut pas de même la seconde fois : soit que la dothinenterie de la sœur aînée eût été plus grave et plus longue, soit que le profond chagrin de l'avoir perdue disposât plus à la contagion cette mère malheureuse, toujours est-il, qu'après avoir occupé pendant quatre

mois le lit d'une dothinentérique, elle faillit être victime de la fièvre typhoïde ; sa troisième fille fut ensuite atteinte de la même maladie.

« On peut encore démontrer la ressemblance « de cette maladie (fièvre des hôpitaux et des « armées) à une véritable peste par l'événement « suivant :

« On mit à bord des vaisseaux qui portaient « les malades, un paquet de vieilles tentes qui « leur servirent de couvertures de lits. Ces « tentes ayant besoin de réparation, on les mit « entre les mains d'un ouvrier de Gand. Il em- « ploya vingt-trois compagnons pour les met- « tre en état, mais ces infortunés se virent « bientôt saisis de la maladie qui en enleva dix- « sept, quoiqu'ils n'eussent communiqué d'au- « cune autre manière avec les personnes qui en « étaient attaquées. » (Pringle, *Observations sur les maladies des armées*, 1743.)

Les observations qui précèdent démontrent que la dothinenterie se transmet de quatre manières différentes.

1^o Directement et immédiatement par le contact des malades, ou médiatement par le séjour dans leur atmosphère.

2^o Indirectement, à la suite de rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou de rapports immédiats avec les effets qui ont servi aux dothinentériques.

Ces quatre modes sont, quant à la fréquence, dans une proportion successivement décroissante.

Nous verrons maintenant si la dothinenterie peut se propager autrement que par contagion, si enfin elle est épidémique, sporadique ou endémique.

GENDRON.

(La suite à un prochain numéro.)

TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CLAVICULE ; par M. MAYOR, de Lausanne.

La fracture de la clavicule, mieux que toute autre, guérit toujours, quel que soit le moyen employé, et même sans aucun appareil, mais on sait que ces consolidations sont plus ou moins difformes, et les suites de l'accident plus ou moins longues et douloureuses suivant qu'on fait usage de moyens contentifs plus ou moins imparfaits. — J'ai essayé tous ceux qu'on a successivement préconisés, et voici celui que je crois le plus simple, le plus promptement appliqué, le plus commode pour le malade et pour le médecin et sans contredit le plus efficace. Il consiste dans un mouchoir ou foulard assez long pour faire le tour du corps après qu'il aura été plié en triangle ou en fichu. — Avant de l'appliquer, faites la réduction exacte de l'os en mettant le coude, l'épaule, le bras dans la position qui répondra le mieux à la parfaite coaptation des fragmens. Celle-ci obtenue, il ne s'agit plus que de la maintenir, en fixant les parties que je viens de nommer dans la situation où vous les aurez mises, et en empêchant qu'elles ne se dérangent et ne changent de rapport entre elles. — Pour cet effet, commencez par faire usage du coin vers le tiers supérieur du bras, si vous en avez besoin : ce besoin sera reconnu sur-le-champ par la manœuvre à laquelle on aura dû recourir pour bien réduire les bouts

de l'os. — Car si, pour assurer cette réduction, vous n'avez pas été obligé de faire basculer la part supérieure de l'humérus afin de l'écartier plus ou moins du thorax, il sera fort inutile de simuler cette manœuvre par un corps quelconque placé dans l'aisselle, comme ce sera le plus souvent le cas, si du moins vous savez profiter adroitement, pour ramener les fragmens vis-à-vis l'un de l'autre, des avantages que vous offre le coude, comme bras de levier. Je n'insiste donc pas sur cette pièce de l'appareil : le mouchoir seul plié en triangle suffira le plus souvent.

— On place la base de ce triangle à quelques travers de doigt au dessus du coude et parallèlement à l'avant-bras fléchi sur le devant de la poitrine; on en entoure celle-ci, puis on serre et fixe les deux bouts de ce lien sur le côté opposé du thorax, de manière à appuyer convenablement le coude contre les côtes, et à l'assujétir dans l'endroit où il aura été ramené lors de la réduction de la fracture. Mais, pour mieux assurer l'immobilité du coude, ayez recours aux deux autres bouts du fichu qui forment la pointe du triangle et qui pendent sous l'avant-bras. Faites glisser ces bouts derrière l'avant-bras, entre celui-ci et le thorax. Saisissez alors chacun de ces bouts séparément pour les conduire et assujétir de la manière suivante: l'un des deux sera ramené obliquement vers l'épaule saine; un bout de cravate ou de bande lui sera ajouté, dans ce trajet, afin de pouvoir le prolonger sur cette épaule par derrière, jusqu'à la ceinture formée par la base du fichu; on l'y assujétira après avoir tiré suffisamment dessus pour atteindre le but qu'on se propose; c'est-à-dire pour soutenir le coude à la hauteur où il a été placé pour rester fixé au-devant de la poitrine. — On procédera de la même manière avec la seconde extrémité du fichu; mais en la dirigeant directement en haut sur la clavicule cassée. Ici le praticien pourra remplir telle indication qu'il jugera convenable. Ainsi il pourra, après avoir garni de coton, de compresses graduées, etc., la partie supérieure et inférieure de l'os, assujétir solidement ces remplissages, lesquels contribueront à fixer mieux les fragmens et à empêcher leur déplacement. Il pourra encore lutter avec avantage contre la disposition que manifesterait l'un des fragmens à s'élever au-dessus du niveau de l'autre, en dirigeant sur lui la bande ou la cravate de manière à comprimer plus particulièrement le fragment sternal ou la portion acromienne de la clavicule, si cette compression était jugée convenable.

En résumé, mon appareil remplit les quatre indications essentielles qu'on est en droit d'exiger dans le traitement des fractures qui nous occupent et que je rappellerai dans l'ordre de leur importance. — Ainsi, 1^o la base du mouchoir, en appliquant et serrant le coude contre le thorax, tend à limiter les mouvemens de l'épaule et à rendre immobiles les fragmens. — 2^o La manière dont cette base longe l'avant-bras, jointe au passage du sommet du triangle entre les avant-bras et la poitrine forme une excellente écharpe pour soutenir l'avant-bras et la main et surtout le coude. — 3^o Ce dernier est soulevé et maintenu en place par le bout du sommet qui passe sur l'épaule saine et qui s'at-

tache postérieurement au bandage de corps, formé par la base de ce triangle; enfin, 4^o cet autre bout du sommet qui est ramené sur l'endroit même de la fracture peut y produire une compression plus ou moins forte dont on tirera parti pour assujétir toujours plus les fragmens entre eux, et empêcher la difformité qui résulte trop souvent de leurs rapports défectueux.

J'ai oublié de dire que je n'applique pas mes appareils sur la peau même ou le corps mis à nu, mais sur la chemise et sur un gilet ou une camisole, ce qui permet au malade de sortir et de s'habiller. — Je dois ajouter encore que mon moyen est si simple qu'il peut être enlevé et remis sans aucun inconvénient, aussi souvent qu'on le juge nécessaire, attendu que ces opérations ou pansemens n'exigent jamais qu'on remue ou déplace en aucune manière, ni le bras, ni le coude, ni l'avant-bras: comme il est facile à chacun de s'en convaincre, et ce en moins d'une minute, en essayant l'application du mouchoir telle que je viens de l'indiquer.

Pour bien apprécier tout ce que je viens de dire, faites-en l'épreuve sur un cadavre, auquel vous aurez scié, obliquement, la clavicule. — Laissez pour cet effet agir le poids du membre et imitez les contractions musculaires en pressant sur le moignon de l'épaule dans tel ou tel sens que vous jugerez convenable. — Faites ensuite, et de la même manière, des épreuves comparatives avec les meilleurs de vos appareils, et vous vous convaincrez de la supériorité du mien, abstraction faite de sa simplicité et de la facilité de l'avoir toujours et partout sous la main.

MATH. MAYOR, de Lausanne.

CORPS ÉTRANGER DANS L'OREILLE.

Monsieur le Rédacteur,

L'analyse que vous donnez dans votre numéro de mai d'un mémoire sur les corps étrangers dans le conduit auditif, travail qui renferme une juste critique des moyens employés jusqu'ici, me rappelle un fait dont j'ai été dernièrement témoin dans la pratique de mon frère.

Un enfant du peuple de six à sept ans affecté depuis long-temps de douleurs d'oreille avec suintement puriforme, y introduisit un soir un haricot, que ses parens ne purent retirer; trouvant qu'il était trop tard pour déranger le médecin, ils ne l'envoyèrent chercher que le lendemain matin sur les huit heures. La nuit avait été agitée, et de vives douleurs persistaient. Le corps étranger, lisse arrondi, fut saisi avec de fortes pinces déliées; mais il était gonflé, son plus petit diamètre était plus considérable que le centre rétréci du canal; la curette, des crochets de diverses sortes, etc, tout fut tenté en vain, et d'ailleurs le moindre contact arrachait des cris au petit patient qui devenait fort indocile. Mon frère prit le bout droit d'un fort mandrin en fer, fit à une des extrémités un double pas de vis terminé par deux mors bien tranchans, saillans, tournés en dedans, et opposés l'un à l'autre. Il perfora complètement le corps étranger, qu'une traction brusque ne fit pas bouger; on répéta la même manœuvre en divers sens, et bientôt, sans douleur, le haricot fut mis en fragmens.

A. BEAUMONT. D. M.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ A HAUTES DOSES, CONTRE LES LÉSIONS TRAUMATIQUES, *Mémoire qui a remporté un des premiers prix accordés en 1833 par la Société chirurgicale d'Emulation*; par M. J. FRANC, chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier. — 1834.

A Montpellier, MM. Delpech et Lallemand ont étendu aux lésions traumatiques l'emploi du tartre stibié à hautes doses que l'École italienne controstimuliste a appliqué au traitement des phlegmasies internes, et qui, suivant Hufeland, appartient à quelques médecins allemands de l'école de Goëtingue, entre autres à Brendel, à Schroeder et à Richter. Ce sont quelques-uns des résultats de la pratique des célèbres chirurgiens de Montpellier que publie aujourd'hui M. Franc qui a été particulièrement attaché à la pratique du professeur Lallemand. Les lésions traumatiques rapportées dans cette brochure sont variées et en général de nature grave; souvent le traitement antiphlogistique ordinaire avait été employé sans succès et paraissait compromettre la vie des malades là où le traitement controstimuliste était du meilleur recours et produisait les effets immédiats les plus heureux.

Les résultats généraux auxquels est arrivé M. Franc, d'après les faits par lui observés, sont les suivans :

« 1° Le tartre stibié à hautes doses, employé contre les lésions traumatiques, empêche le développement des accidens qui accompagnent ces lésions ;

« 2° Il combat avec succès les accidens du traumatisme, quand il est administré après leur développement ;

« 3° L'émétique à hautes doses peut être employé dans toutes les inflammations d'organes ; mais jamais il ne réussit aussi bien que lorsqu'on l'administre pour prévenir les effets du traumatisme ;

« 4° Toute espèce de traumatisme, excepté celui qui est au-dessous des ressources de l'art, peut être combattu efficacement par l'émétique à hautes doses ;

« 5° Le tartre stibié, administré de cette sorte, agit en abaissant la température de la peau, en diminuant considérablement le nombre des pulsations du pouls, en modérant l'hématose, et, par suite, en ralentissant toutes les fonctions organiques : de là l'abattement et la stupeur des malades. Ces effets puissans de l'émétique lui donnent une supériorité immense sur les antiphlogistiques ordinaires, et spécialement sur la saignée générale et locale ;

« 6° Les antiphlogistiques, employés avant ou de concert avec l'émétique à hautes doses, aident parfaitement celui-ci dans son action. »

La dose d'émétique pour vingt-quatre heures prescrite par M. Lallemand était généralement de 8 grains et associée au sirop diacode ; Delpech rejetait toute union avec l'opium et donnait l'émétique dans l'eau simple, en s'autorisant des phénomènes d'agitation et de délire que l'opium produisait chez plusieurs malades.

La divergence d'opinions et de méthodes de ces deux médecins, peut fort bien tenir à la différence des malades venus à leur observation, les faits n'étant pas encore très nombreux sur ce point de pratique : car si, d'un part, le sirop diacode agit concurremment avec l'émétique pour produire l'effet sédatif désiré, il n'en est pas moins vrai que chez quelques personnes très irritables, l'opium produit des effets de narcotisme inquiétans.

La tolérance, en général, s'est facilement établie. M. Lallemand a proscrit depuis longtemps l'émétique à petite dose, à dose vomitive, du traitement de l'encéphalite : il n'a pas la même idée du tartre stibié à haute dose qui a dissipé promptement plusieurs encéphalites légères et commençantes, suite de lésions traumatiques.

Considérant les lésions traumatiques en général, M. Franc y distingue deux élémens principaux dont la distinction n'a pas été assez nettement établie : la stimulation nerveuse et la fluxion sanguine. Selon lui ; on n'a pas donné une assez grande importance à l'élément nerveux qui bien souvent et presque toujours domine l'élément inflammatoire ; c'est à abattre la stimulation nerveuse et, par là, à favoriser la résolution de la fluxion sanguine que lui paraît propre l'emploi du tartre stibié à haute dose dans les lésions traumatiques. * G.

GUIDE POUR L'ÉTUDE DE LA CLINIQUE MÉDICALE OU PRÉCIS DE SEMÉIOTIQUE ; ouvrage posthume de Dance, publié par un de ses amis.

Dance mourut, en 1832, des suites de l'épidémie cholérique qui ravageait Paris. Ceux qui croiraient qu'il ne fut qu'un esprit médiocre et qu'il ne mérite que les louanges banales qu'on donne à tous les morts, se tromperaient ; et ceux qui, par souvenir et affection, veulent le représenter comme un homme d'un ordre supérieur rendent un mauvais service à sa mémoire.

Dance était un médecin honnête et instruit, modeste et actif, que beaucoup aimaient, que personne ne haïssait, qui avait fait plusieurs travaux estimables et utiles, et qui en aurait fait de plus utiles et de plus beaux, s'il avait vécu.

Ayant été chargé par la Faculté de Paris de faire un cours de clinique médicale, en remplacement d'un professeur malade, il ouvrit ce cours au commencement de 1832 par le discours qu'on trouve au commencement de son livre, et dans lequel on voit tout ce que Dance avait de volonté et d'espérance de bien faire.

Le Guide ou Manuel de clinique médicale de Dance contient, outre le discours dont on vient de parler : 1° des notions préliminaires, 2° des notions élémentaires de pathologie générale ; 3° un précis de seméiotique.

A. *Notions préliminaires.* Elles ont trait à l'observation médicale en général et aux connaissances et qualités de l'observateur ; à la

conduite de l'élève dans les études cliniques et aux moyens de faire fructifier cette étude; à la manière de traier les histoires particulières de maladies, et à l'art d'interroger et d'examiner les malades. Elles sont bien élémentaires, pourtant nous croyons qu'on peut encore les lire avec quelque fruit. Nous sommes fâché que Dance, dans ces notions préliminaires, ait eu la faiblesse de rappeler beaucoup trop soigneusement les plus simples règles de l'observation commune; de croire, sans doute, qu'elles étaient d'un grand secours à l'élève, qu'avec cela et un peu d'habitude l'élève ne pouvait manquer d'aller son petit train.

Cela rappelle hélas! à chacun de nous tout ce que nous donnèrent autrefois d'espérance et de joie, les arts de raisonner, de parler, de penser, d'observer, etc., faits pourtant par les plus grands maîtres, et tout ce que nous eûmes de chagrin et d'humeur lorsque, après bien du mal et du temps, nous nous trouvâmes tout aussi pauvres et aussi peu propres à la véritable et sérieuse observation qu'auparavant. Vous pouvez faire lire à tel élève ou à tel médecin de ma connaissance l'*Essai* de notre confrère Locke, l'*In-folio* de Bacon, les *Méditations* de Descartes, le livre de Sennebier, et deux ou trois autres encore si vous voulez; cette lecture les laissera ce qu'ils sont sans un *iota* de plus ou de moins. Ils observaient mal, ils observeront mal; ils observaient bien, ils continueront de bien observer.

Un observateur est fait ou manqué naturellement. L'éducation et la correction lui viennent par instinct. Si vous voulez lui être utile, faites, agissez devant lui: c'est à peu près tout ce que vous pouvez.

B. Les notions de pathologie générale de Dance ne sont que le catalogue de toutes ces

choses arides, ennuyeuses, scolastiques, qu'on trouve partout, qu'il est impossible de rendre mais qu'on ne doit rappeler que sobrement et par nécessité. Qui d'entre nous s'est amusé jamais en lisant, dans les livres de pathologie, la division des causes générales en *prédisposantes, occasionnelles, déterminantes, déterminantes ordinaires, déterminantes spécifiques*, etc., etc.? personne de nous. Celui qui s'y serait amusé n'oserait pas le dire.

C. La plus grande et la dernière portion du livre de Dance est consacrée à la séméiotique. Il y examine, dans une première section, les signes fournis par les fonctions de relation; dans une deuxième, les signes fournis par les fonctions assimilatrices, et, dans une troisième, ceux que peuvent donner les fonctions de la génération.

On trouve, en lisant le *Guide de clinique*, que Dance connaissait bien ses classiques, et qu'il les entendait, car il les cite souvent et fort à propos. Baglivi surtout est cité et recité; on dirait que Dance le savait par cœur. Quel mal cette remarque fait-elle à Dance et à Baglivi? aucun: elle fait honneur à tous deux.

Si Dance avait vécu, il est à croire qu'avec son zèle, son attention et son bon sens, il n'aurait point seulement recité ce que les auteurs lui avaient appris et ce qu'il paraît si bien avoir vérifié lui-même. La percussion, l'auscultation, etc., toute cette *séméiologie physique* sur laquelle il reste tant à faire, lui aurait été un beau et fertile sujet de recherches. Peut-être qu'étudiant et creusant ce sujet avec le soin et la patience que chacun lui a connus, avec la sagacité qui lui était propre, avec toutes les précautions qu'il recommandait à ses élèves, et dont on sait qu'il ne s'affranchissait pas lui-même, peut-être qu'il aurait obtenu de bons et solides résultats. * L.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE.

(Avril 1834.)

La Gazette médicale dans ses quatre numéros d'avril, contient les articles originaux suivants:

1° *Mémoire sur les tumeurs sanguines et lipomatenses de la main*, par M. ROGNETTA; 2° *Recherches sur le rhumatisme musculaire des parois thorachiques*, par M. GAUDET; 3° *Mémoire sur la lésion des glandes cernmineuses*, par M. DELEAU; 4° *Traitement des fractures par l'appareil inamovible*, par M. ROGNETTA; 5° *Enfin une note sur la coloration du sang noir par le sucre*, par M. HEGEWISCH; et une autre sur *l'emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies*, par M. MURNARET.

Mémoire sur les tumeurs sanguines et lipomatenses de la paume de la main, par M. ROGNETTA. — Les tumeurs sanguines spontanées sont beaucoup plus fréquentes à la région carpo-métacarpienne palmaire que dans le reste de la main: elles sont presque toujours congéniales. Leur consistance analogue à celle d'une figue fraîche, leur disparition presque complète après certains travaux manuels, ou

par la compression, ne laissent souvent pas la possibilité d'en méconnaître la nature. Les tumeurs lipomatenses dont la mollesse ressemble à celle des précédentes, peuvent bien aussi s'affaisser sous la pression lorsqu'elles sont petites; mais cet affaissement est plutôt un aplatissement qu'une véritable disparition: en outre, le lipôme aplati ne revient pas aussitôt à son volume primitif, ainsi qu'on voit les tumeurs érectiles le faire après que la compression a cessé. Peut-être aussi l'oreille appliquée sur la tumeur érectile entendrait-elle une espèce de susurrus intérieur. Enfin, un dernier moyen serait de percer la tumeur avec une aiguille à acupuncture ainsi que le fit Guattani dans un cas de ce genre.

M. Dupuytren ayant cru reconnaître un lipôme dans une tumeur sanguine qu'une compression de vingt-un heures, probablement mal pratiquée, n'avait pas fait disparaître, en fit l'excision. Elle détermina une action vive dans les gaines tendineuses et le tissu cellulaire serré de la main qui se communique à l'avant-bras. Une suppuration abondante rendit la guérison longue et difficile. Il ne serait pas étonnant qu'après une semblable opération les malades ussent estropiés, par suite de l'exfoliation des

tendons, ou même qu'on fût obligé d'en venir à l'amputation à cause des accidens consécutifs. L'auteur soutient qu'on peut guérir les tumeurs sanguines par la simple compression; si elle était insuffisante dans quelques cas, on pourrait employer l'incision de la tumeur et la compression pardessus, ainsi que Guattani l'a fait avec succès. Pour qu'elle soit bien exécutée dans ce cas il faut, 1° qu'un aide comprime les artères de l'avant-bras ou bien la brachiale, afin que le chirurgien puisse bien nettoyer le fond de la tumeur ouverte; 2° qu'à l'aide de petites boulettes de charpie molle et fine, enveloppées de poudre de colophane, on remplisse avec méthode le dedans et tout le dehors de la plaie; 3° que des compresses en plusieurs doubles carrés d'abord pour en faire une espèce de pyramide sur la plaie, puis des compresses longuettes qui croisent en différens sens les premières, et enveloppent la main; 4° enfin, que deux compresses graduées, très épaisses, soient placées dans la direction des artères radiale et cubitale, et qu'une longue bande enveloppe le tout exactement.

Il est peu probable que la ligature des artères radiale ou cubitale puisse réussir à détruire les tumeurs sanguines de la paume de la main, à cause des anastomoses multiples des artères de l'arcade palmaire. Le cautère actuel, pour arrêter le sang fourni par une tumeur sanguine ouverte, ne doit jamais être employé. La lésion des tendons en serait la conséquence probable.

Recherches sur le rhumatisme musculaire des parois thorachiques, par M. GAUDET. Le rhumatisme thoracique s'observe le plus souvent chez des individus vigoureux, arrivés à la jeunesse confirmée ou à l'âge adulte, doués des attributs physiologiques du tempérament athlétique et adonnés à des travaux qui les exposent à des variations brusques de température. La douleur est disséminée par points multiples, mais isolés et circonscrits, ou bien elle est unique et occupe une large surface. Elle s'étend quelquefois à la région abdominale et parvient jusqu'à la hanche du côté correspondant. Le plus ordinairement, elle débute par occuper le sternum et projette des irradiations vers l'un ou l'autre côté de la ligne médiane, onze fois sur treize, vers le côté gauche.

Elle est accompagnée d'une gêne plus ou moins pénible dans les mouvemens respiratoires, le cééubitus sur la partie malade est impossible; le coucher latéral est de plus rendu difficile par le sentiment des battemens du cœur et les rêves sinistres qu'il cause aux malades. Un certain degré de bronchite accompagne assez souvent le rhumatisme: dans ce cas, la toux réveille vivement les douleurs. Dans toutes ces circonstances elles sont vagues, difficiles à limiter; au moyen de la pression extérieure, on développe aux points indolores une sensibilité obtuse, qui, cessant à leurs limites, en mesure exactement l'étendue. Le bruit respiratoire ainsi que la sonorité sont plus faibles du côté malade que du côté sain.

Les douleurs rhumatismales sont mobiles; souvent, à l'occasion d'un changement d'attitude, elles quittent définitivement leur point de

départ ou bien s'étendent progressivement d'un point à un autre.

La fièvre, quand elle existe au début, ne dure guère au-delà de quarante-huit heures, et l'appétit revient bien avant que les souffrances aient commencé à diminuer. Malgré cette apyrexie, les malades ont généralement de l'insomnie, de la céphalalgie, d'abondantes et continuelles transpirations, ce qui les rend très sensibles à la moindre impression du froid.

Lorsque le rhumatisme est fixé sur le côté gauche de la poitrine, ce qui est le cas le plus ordinaire, presque toujours alors il y a dyspnée, étouffement, palpitations passagères qui reviennent souvent spontanément, alors que les malades montent ou précipitent le pas; mais la participation du cœur ou de ses enveloppes à l'affection voisine est susceptible de se montrer sous une forme bien autrement grave, et on ne peut méconnaître une inflammation de cet organe ou du péricarde. Le sang tiré de la veine devient alors éminemment couenneux.

L'irritation peut aussi se propager à la plèvre et au poumon. Dans ce dernier cas, la douleur disparaît pour se montrer de nouveau après la résolution de la pneumonie; dans le premier, elle fait place à la véritable douleur pleurétique immobile et bien circonscrite pour le malade.

Les saignées générales et locales, les cataplasmes émolliens, l'usage des boissons diaphorétiques, celui des bains simples ou de vapeurs suffisent pour amener une prompte guérison.

L'auteur ne fait pas mention de l'emploi des sinapismes sur les points douloureux, ni de celui des vésicatoires ammoniacaux qu'on recouvre d'un sel de morphine, souvent avec un succès instantané. Le sang refroidi n'est jamais couenneux, quand il n'y a pas complication.

Après la guérison, l'exposition au plus léger refroidissement suffit souvent pour ramener les douleurs, qui alors sont rebelles aux moyens précédemment employés. Il faut un long usage de bains et, mieux encore, le retour de la saison chaude pour les voir entièrement cesser.

Mémoire sur la lésion des glandes cérumineuses, par M. DELEAU. — L'engouement cérumineux du conduit auditif externe reconnaît plusieurs causes, qu'il est utile de distinguer dans la pratique.

Il peut consister dans un mélange de cérumen et de matières pulvérulentes venant de l'extérieur, comme cela se rencontre chez les personnes qui habitent dans les usines où l'on prépare le tan, les farines de céréales, etc. Ces obstacles à l'audition doivent être assimilés aux corps étrangers venant du dehors.

L'amas de cérumen pur plus ou moins jaune ou noirâtre, plus ou moins consistant, sans enveloppes membraneuses, sans mélange de pellicules foliacées, peut être extrait assez facilement et sans aucun accident inflammatoire: il se voit chez les enfans et les adultes qui portent des glandes cérumineuses développées presque toujours concomitantes d'un excès d'action dans les follicules sébacés du pourtour des ailes du nez, du front, et quelquefois de la face entière.

L'étroitesse, par aplatissement, du conduit auditif favorise aussi cette sécrétion d'humeur, par la chaleur qu'elle entretient dans le canal,

et par l'obstacle qu'elle apporte à la sortie de la transpiration. Il est prudent alors de n'employer que l'eau sous forme de douche ou d'injection ; l'emploi de la curette déterminant presque toujours des excoriations, des écoulemens de sang et des douleurs assez vives. Si le conduit paraît rouge, irrité, on pratique quelques saignées locales.

Le cérumen, que l'on extrait toujours difficilement alors qu'il est enveloppé d'une ou plusieurs fausses membranes, reconnaît pour cause de formation et d'accumulation une phlegmasie de la partie interne du conduit auditif survenue lentement et le plus souvent sans douleur, possédant fréquemment tous les caractères d'une affection dartreuse, d'autres fois succédant à un catarrhe : le lieu où elle siège étant privé de glandes cérumineuses, il s'opère une exhalation de sérosité albumineuse quelquefois purulente qui s'organise en fausses membranes autour du cérumen fourni par les cryptes du centre du conduit. Dans ce cas, l'extraction du bouchon cérumineux est douloureuse et peut devenir funeste à l'ouïe, parce que l'exposition subite à l'air de la membrane muqueuse peut déterminer une inflammation aiguë qui se propage à l'oreille moyenne. Cette opération demande donc de la prudence.

L'oreille moyenne peut aussi avoir participé à l'inflammation et à l'engouement non du cérumen, comme on l'a dit, mais de mucosités simples ou purulentes. Si le cérumen s'y rencontre quelquefois c'est qu'il s'y est introduit par une ouverture de la membrane du tympan.

Un conduit auriculaire trop large fait prendre à la membrane qui le tapisse toutes les qualités de la peau extérieure ; les glandes sécrétoires s'amortissent et l'épiderme épaissi obstrue leurs bouches exhalantes ; il survient quelquefois alors une légère surdité, à laquelle on remédie en conseillant de porter dans le conduit un morceau d'éponge imbibé d'huile et traversé d'un canal d'un pouce de longueur, fait avec un fil d'argent disposé à la manière des ressorts de bretelles. On cherche aussi à réveiller la sensibilité de la membrane, au moyen de l'huile de rhue et de cantharides.

Action du sucre sur le sang humain, par M. HEGEWISCH. — Nous sommes redevables au docteur Stewens de la connaissance de ce fait, que le sang noir devient rouge dans les solutions de sels neutres ; M. Hegewisch a reconnu que le sucre produisait le même effet ; mais plus lentement. D'après cela, il pense que cette substance en solution serait un aussi bon remède pour prévenir et traiter le choléra que les solutions salines qui ont été employées avec succès, surtout par les médecins anglais.

Note sur l'emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies, par M. MUNARET. — Le nitrate d'argent jouit d'une propriété spécifique dans la plupart des phlegmasies aiguës et surtout chroniques qui affectent l'œil.

Cette propriété spécifique paraît agir sur le système sanguin capillaire, dont l'injection détermine la rougeur inflammatoire.

On doit favoriser l'action spéciale du nitrate d'argent par des purgatifs, des dérivatifs et des émissions sanguines suivant les indications.

L'addition du laudanum réussit pour mo-

dérer la douleur qui accompagne son administration.

Le nitrate d'argent en solution est préférable au nitrate d'argent solide, parce que la manipulation en est plus prompte et surtout le mélange plus facile, plus homogène.

Ce traitement, encore peu connu, mérite l'attention de tous les praticiens puisqu'il offre aux malades économie, et absence de douleurs, qu'il se recommande au médecin par la simplicité de son application, par la promptitude et surtout par la constance de ses succès.

Voici la formule de M. Munaret :

Solution de nitrate d'argent (réactif).	grtt. iv.
Eau distillée.	gr. j.
Laudanum.	grtt. ij-iii.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Avril 1834.

Le *bulletin* d'avril contient un assez grand nombre d'articles, ou plutôt de *notes*, qui n'offrent rien de nouveau ; ceux qui nous ont paru dignes d'analyse et susceptibles de quelque intérêt pratique sont les suivans :

De l'écorce de racine de cahinca et de son usage thérapeutique, principalement dans les hydropisies.

Le *cahinca* est très voisin des genres *coffœa* et *psychotria* de la famille des *rubiacees*. Telle qu'elle se trouve dans le commerce, la racine de cette plante est une souche ligneuse, de la grosseur du pouce, irrégulièrement cylindrique, pourvue quelquefois à son sommet d'une portion de la tige ligneuse recourbée et terminée en bas par plusieurs racines dures, cylindriques qui ont jusqu'à un pied de longueur. L'écorce se sépare facilement du bois. Celui-ci est blanc, insipide, inodore ; celle-là est à l'extérieur ambrée ou d'un gris bien jaunâtre, plus jaune et plus clair sur les parties les plus jeunes. L'épiderme se détache très difficilement ; et la surface des racines, faiblement striée dans sa longueur, présente de temps en temps de petits renflemens en forme de verrues, implantés perpendiculairement à la surface. L'écorce elle-même est dure, cassante, compacte, intérieurement d'une couleur gris-verdâtre dans les vieilles racines, plus brune dans les jeunes, épaisse d'une ligne sur les gros troncs, et beaucoup plus mince sur les racines. Elle a une odeur aromatique âcre et nauséabonde, quoique peu forte ; un goût amer, un peu âcre et provoquant la salivation.

Le ligneux de cette plante étant manifestement inerte, on pourrait ne faire venir du Brésil que l'écorce. Des médecins qui avaient pratiqué au Brésil, où le *cahinca* est employé contre les morsures de serpent, les hydropisies, les dyspepsies et les fièvres intermittentes, l'ont fait connaître en Allemagne. En France, les docteurs François et Cléménçon ont expérimenté ses propriétés et préconisé ses vertus. Depuis, le *cahinca* est passé dans la pratique d'un grand nombre de médecins. Des analyses de MM. Caventou et Pelletier y ont constaté la présence de quatre substances végétales fort distinctes :

1° Un principe amer cristallisé qui a toute l'amertume de la plante ;

2° Une matière grasse verte d'une odeur nauséuse, et dans laquelle réside toute l'odeur de la racine ;

3° Une matière colorante jaune ;

4° Une substance colorée visqueuse.

Les chimistes que nous venons de citer ont donné le nom d'acide cahincique au principe amer qui représente toute la sapidité de la racine : Cet acide, blanc, cristallisable en petites aiguilles très soyeuses, inodore, peu soluble dans l'éther, très soluble dans l'alcool, ni efflorescent, ni déliquescent, inaltérable par une chaleur de 100°, mais se charbonnant et répandant une épaisse vapeur blanche quand on le chauffe dans un tube de verre, s'obtient par le procédé suivant : Faites dissoudre dans l'eau l'extrait alcoolique de la racine, filtrez, précipitez par la chaux en excès, jusqu'à ce que la liqueur soit dépourvue d'amertume, recueillez le précipité et décomposez-le à l'aide de l'acide oxalique et de l'alcool bouillant.

On peut prescrire l'écorce de cahinca en décoction à la dose de ʒj-ij pour une pinte de liquide, ou en poudre depuis gr. xl jusqu'à ʒj-ij ; ou bien l'extrait aqueux à la dose de gr. xii-xxiv. M. François a donné l'acide cahincique à la dose d'une dizaine de grains.

Administré de la manière ci-dessus indiquée, le cahinca est un purgatif efficace et doux, et un puissant diurétique. Les effets purgatif et diurétique coïncident souvent, et quelquefois suppléent. Sous l'influence de cette substance, les urines d'épaisses, troubles, brûlantes et rares deviennent abondantes et limpides. On voit, d'après cela, de quel secours le cahinca peut être dans les hydropisies qui ne dépendent pas de quelque lésion organique, et même dans ces dernières lorsque les symptômes imminens proviennent de l'accumulation de sérosité dans les différens organes.

— *Bons effets des bains froids dans le traitement de la chorée*, par le docteur Hospital. — M. Hospital rapporte deux observations dans l'une desquelles, selon lui et selon nous, la nature a peut-être fait autant que les bains froids pour la solution de la maladie, et dont l'autre a rendu évidente l'action de cette médication. Dans celle-ci, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui était devenue choréique, à la suite d'une frayeur, neuf ans auparavant : les mouvemens et l'intelligence s'étaient peu à peu affaiblis, sans que l'éruption des règles venue à quinze ans, eût eu la moindre influence favorable. En 1831, la paralysie était générale, l'intelligence à peu près comme celle d'une imbécille, la parole très difficile. Après quatre bains, la malade put remuer les membres et porter ses mains à sa tête ; après huit bains, elle put manger seule, et se lever de sa baignoire ; après quinze, marcher avec facilité au moyen d'un bâton. En même temps la malade prenait des alimens froids et tous les jours une pilule d'assa-fœtida. Depuis le mois de septembre 1831 jusqu'à la mauvaise saison, l'amélioration fut progressive. On suspendit alors le traitement qui ne fût repris qu'en 1832. Dans l'été de 1832, les bains froids produisirent des effets aussi rapides. Aujourd'hui, elle est dans un état parfait : son travail favori est de faire de la dentelle pendant toute la journée et une partie de la nuit.

— *Du traitement des excroissances syphilitiques intra-vaginales chez les femmes enceintes*. — L'auteur de cet article, frappé des dangers que courut une malade qui essuya plusieurs hémorrhagies à la suite de l'excision de semblables tumeurs, pense que la meilleure méthode à suivre dans de pareils cas serait de tier d'abord, à l'aide d'un spéculum et d'autres instrumens appropriés, les excroissances par groupes séparés, en une ou plusieurs séances, suivant leur quantité et leur volume ; puis de les couper immédiatement en-deçà de la ligature.

— *Nouveau moyen très efficace pour faire avorter le panaris*. — Voici le moyen que conseille le docteur Rognetta : Placez votre doigt, enveloppé de lingc, sur le bord d'un bol vide ; ayez une cuvette pleine d'eau froide, trempez-y une compresse ou bien une petite éponge et arrosez-en continuellement le doigt atteint de panaris, et toute la partie de la main où les douleurs se font sentir ; continuez ainsi plusieurs heures de suite ; vous verrez immédiatement les souffrances et la chaleur se calmer d'abord, puis le mal se dissiper complètement. Dans une saison froide, on pourrait couvrir d'un mouchoir le reste de la main non affectée d'inflammation, dans le cas où l'action de l'eau et de l'air froid incommoderait.

— *Des différens moyens curatifs employés dans le traitement de la coqueluche et de ses complications à l'hôpital des Enfants malades de Paris*, par M. Constant. Les principaux de ces moyens dont parle M. Constant sont la belladone, l'oxide de zinc, l'acide hydrocyanique. L'extrait alcoolique de belladone donné en sirop (deux grains par once) a été employé avec succès. La plus faible dose était d'un grain en vingt-quatre heures, la plus forte de quatre grains. C'est dans la période spasmodique, et quand il n'y avait pas de complication inflammatoire, que les bons résultats ont surtout été obtenus. L'oxide de zinc a été administré avec avantage plusieurs fois à la dose de deux grains de deux heures en deux heures jusqu'à quinze ou vingt grains par jour. L'acide hydrocyanique a été récemment très préconisé par le docteur Edwin Atlee, de Philadelphie, qui prescrit le sirop d'acide hydrocyanique ainsi qu'il suit :

Pour un enfant de six mois, une goutte d'acide sur une once de sirop simple ; une cuillerée à thé deux fois par jour. — De six mois à un an, la même quantité quatre fois par jour.

De 1 à 2 ans, ac. hydroc. gtt. ij-sirop ʒ j.

De 2 à 3. iij.

De 3 à 6. iv.

De 6 à 12. v.

De 12 à 15. vj.

De 15 à 20. vij.

On administre ce médicament par petites cuillerées en se réglant sur les effets observés. On n'en donne jamais plus de quatre fois par jour. L'acide dont se sert le médecin de Philadelphie contient quatre et demi pour cent de l'acide hydrocyanique pur de M. Gay-Lussac ; il n'est par conséquent pas aussi fort que celui de M. Magendie.

M. Constant n'a observé aucun bon effet de la pommade d'autenrieth que plusieurs médecins allemands ont été jusqu'à regarder comme spé-

cifique de la coqueluche. Il faut dire ici que les médecins allemands n'ont de confiance en cette pommade qu'autant qu'elle a les proportions voulues (axonge ℥j pour tartre stibié ʒj β); que l'emploi en est continué lors même que les ulcérations, résultant de l'éruption stibiée, sont en pleine vigueur, et jusqu'à ce qu'une semblable éruption, considérée comme critique, se fasse sur une partie du corps éloigné du point d'application de la pommade, principalement sur les bourses ou à la vulve. Or ce n'est presque jamais avec cette attention et cet ensemble de circonstances que les médecins de notre pays, qui prétendent faire essai de la pommade d'autenrieth contre la coqueluche, emploient cette médication.

— *De la carie des côtes et de son traitement.*

— L'auteur de cet article, M. Rognetta, met en doute l'utilité de la résection des côtes cariées d'après deux observations recueillies par lui de malades ainsi opérés pour cette affection et morts à la Charité de Paris, et préfère l'expectation, le régime, l'usage de topiques cathérétiques et anti-septiques, etc. Sur quatre malades traités selon cette dernière méthode par le professeur Nannoni de Naples, trois sont guéris. Celui qui est mort avait une carie qui avait envahi toute la partie postérieure du sternum, et un hydro-thorax du côté des os cariés.

De l'épilepsie saturnine et de l'hypertrophie du cerveau. — Dans cette note, on cite le cas de deux ouvriers travaillant au blanc de céruse, frappés tout-à-coup d'épilepsie et mourant l'un le deuxième jour, l'autre le troisième jour. On rappelle plusieurs observations analogues qui tendraient à faire regarder l'épilepsie saturnine comme généralement mortelle et comme accompagnée d'hypertrophie du cerveau : sur les cadavres de ceux de ces malades qui ont été autopsiés, on a trouvé le cerveau très volumineux et les circonvolutions cérébrales presque effacées quoique les ventricules fussent vides. On appelle l'attention des médecins sur ces deux points importants : *Le caractère mortel de l'épilepsie saturnine, et sa coïncidence avec l'hypertrophie cérébrale.*

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Avril 1834.

Le chapitre des *Mémoires et observations* de ce cahier contient 1° une *Lettre de M. Mirault, professeur à l'École secondaire d'Angers, à M. Lallemand de Montpellier sur l'inflammation chronique de la cornée*, faisant suite à un travail publié en 1823 sur l'inflammation de la cornée; 2° un *Mémoire sur l'emploi du chlore dans la phthisie pulmonaire*, par M. Toulmouche, de Rennes; 3° un *Bulletin de la Société anatomique*; 4° un *Mémoire de M. Bérard jeune sur la staphylographie*.

Du chlore dans la phthisie pulmonaire. Dans ce mémoire, M. Toulmouche s'élève vivement contre l'emploi du chlore dans la phthisie pulmonaire. Il trouve très peu concluans les faits favorables rapportés par M. Gannal et par M. Cottreau; ou la phthisie était peu ou point caractérisée, ou l'état du malade a été peu ou point amendé. Les phthisiques traités par M. Toulmouche ont éprouvé un soulagement

momentané, plus de facilité à expectorer, un appétit plus vif, mais l'administration du chlore n'a pu être long-temps supportée sans de grands inconvéniens. La même médication, appliquée au catarrhe chronique, a eu au contraire les plus heureux résultats. L'appareil de M. Toulmouche se composait d'un flacon à large orifice, fermé par un bouchon de liège traversé de deux ouvertures laissant passer un tube de verre droit qui plonge dans l'eau et un tube recourbé à angle obtus par lequel le malade inspirait le chlore. Les doses ont pu être portées assez loin.

Mémoire sur la staphylographie; par M. Bérard jeune. — La staphylographie se compose de trois temps principaux : passer les fils, aviver les bords de la division, serrer les ligatures. Ce sont les deux premiers temps de cette opération qui ont paru susceptibles de perfectionnement à M. Bérard. Ce chirurgien veut que, pour assurer l'égalité de niveau des points de suture, on porte l'aiguille et on passe les fils d'avant en arrière du voile du palais, au lieu de procéder d'arrière en avant comme cela se fait dans le procédé ordinaire : l'opérateur voit ainsi beaucoup mieux ce qu'il fait. Quant à l'avivement des bords de la fente anormale, M. Bérard la pratique avec le bistouri, en partant du bord supérieur du voile du palais et se dirigeant vers son extrémité. Il renvoie, pour le troisième temps, celui qui consiste à serrer les ligatures, au procédé de M. Roux, ou à un procédé que doit publier prochainement M. Guyot. M. Bérard rapporte l'observation d'un homme qui a été opéré par sa méthode : la restauration du voile du palais a été aussi exacte que possible. Le malade a été pré-enté à l'Académie de médecine dans le courant d'avril.

REVUE MÉDICALE.

(Mars 1834.)

Les articles originaux sont : 1° *Recherches sur l'origine de la peste et les moyens d'en prévenir le développement*, par le docteur LAGASQUIE. 2° *Quelques faits remarquables de chirurgie; recueillis à l'Hôtel-Dieu de Paris*, par M. ROGNETTA. 3° *Mort survenue pendant un accès d'asthme*, par M. PRUS. 4° *Observation d'une fracture de l'humérus gauche avec séparation des deux condyles qui s'est consolidée sans ankylose.*

Quelques faits remarquables de chirurgie de la clinique de M. Dupuytren, par M. ROGNETTA.

1^{re} Observation. — *Gangrène blanche. Saignée; guérison.* — Un homme, âgé de quarante ans, batteur en grange, présentait aux mains les phénomènes suivans : Doigts blancs et froids au toucher comme une véritable glace; quelques phalanges atrophiées, momifiées; figure de chaque doigt, conique, fusiforme; ongles boursoufflés, tophacés, offrant des traces légères de suppuration à leur bord inférieur; flexion des doigts presque impossible; insensibilité presque complète aux dernières phalanges, sentiment de fourmillement et de froid dans le reste des doigts; peau blanche et dure comme du parchemin; absence de douleur et d'odeur gangréneuse. Aux pieds, à peu près même état; grande gêne dans la marche. Le nez, les oreilles

et les lèvres de cet individu offraient un manque remarquable de vitalité et de chaleur. A l'artère radiale le pouls était encore sensible. Le cœur battait avec force et présentait quelque chose d'irrégulier. Les fonctions digestives étaient intactes.

Ce mal durait depuis quatre ans, avec quelques intermissions : cette fois, il existait depuis quatre mois. M. Dupuytren lui opposa le traitement qu'il a l'habitude d'employer contre la gangrène sénile—saignée du bras, cataplasmes locaux, régime modéré—et en huit jours de traitement, la chaleur, la couleur, la motilité et la vie des mains et des pieds revinrent comme par enchantement.

2^e Observation. — *Lithotripsie chez les enfans.* — M. Rognetta, après avoir rapporté les détails d'une opération de lithotripsie chez un enfant de cinq ans que le développement d'une cysto-péritonite manqua d'entraîner au tombeau, termine par les réflexions suivantes : « Le fait que nous venons de rapporter, joint à d'autres relatés ailleurs, prouve que la lithotripsie n'est pas applicable chez les enfans ; et cela avec d'autant plus de raison, que la taille, soit l'hypogastrique, soit la périméale, réussit presque constamment dans le bas âge. »

3^e Observation. — *Hydro-bronchocèle ou hydrocèle du cou.* — Le cas rapporté est celui d'un homme portant un kyste séreux du volume d'une orange à la partie antérieure supérieure du cou, et qui le menaçait de suffocation imminente. M. Dupuytren jugea convenable d'ouvrir la tumeur sur-le-champ et de produire l'oblitération de la poche. Aucun accident n'a suivi cette opération, qui aurait pu devenir funeste par la propagation aux parties environnantes de l'inflammation que l'art est obligé d'exciter sur les parois du kyste pour en obtenir l'oblitération.

4^e Observation. — *Blessure pénétrante de la poitrine.* — Un enfant tombe du haut d'un cerisier sur la pointe d'un échelas qui traverse obliquement et de part en part le ventre et la poitrine ; l'échelas est retiré et l'enfant guérit en quinze jours sans le moindre accident. Ce fait a été rapporté par M. Dupuytren dans ses leçons cliniques du mois d'août.

Mort survenue pendant un accès d'asthme emphysème sous-pleural, par M. PRUS. — Il est une cause de mort subite ou du moins très prompte, jusqu'ici peu étudiée ; c'est l'emphysème sous-pleural, survenant instantanément et présentant un grand développement. Chez l'individu qui fait le sujet de l'observation relatée par M. Prus, il existait depuis long-temps des accès d'asthme ; c'est au milieu de l'un d'eux que l'apparition de l'emphysème sous-pleural amena la mort.

* G.

ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE.

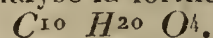
Tome 54.

Sur l'acide valérianique et ses combinaisons, par M. TROMMSDORFF.

Pour obtenir l'acide valérianique, M. Trommsdorff agite long-temps et fortement l'huile volatile de valériane avec du carbonate de magnésie et de l'eau, puis distille. Il sépare ainsi une huile essentielle incolore qui ne conserve plus la moindre acidité, le résidu de la distil-

lation est ensuite traité par l'acide sulfurique qui met l'acide valérianique en liberté. Celui-ci se sépare sous forme oléagineuse. On distille à une douce chaleur et l'on obtient dans le récipient deux liquides superposés. L'un est de l'eau saturée d'acide valérianique, l'autre qui surnage le premier est de l'acide concentré que l'auteur désigne sous le nom d'acide oléagineux.

Dans cet état, l'acide valérianique contient de 25 à 30 pour 100 d'eau dont on ne peut le débarrasser en totalité. Celui qui est le plus sec possible est un liquide incolore et limpide, d'une odeur particulière, mais très analogue à celle de la valériane ou de son huile essentielle. Cette odeur ne peut lui être enlevée ni par le charbon ni par aucun autre procédé. Elle diminue lorsque l'on combine l'acide avec une base, mais elle ne disparaît jamais entièrement, la saveur de l'acide valérianique est extrêmement forte. Il reste encore liquide à 21°, il rougit fortement le papier de tournesol. Une partie de cet acide exige trente parties d'eau pour se dissoudre complètement, l'alcool au contraire le dissout en toute proportion. M. Etting lui a trouvé par l'analyse la formule suivante,



Les valérianates cristallisent pour la plupart, les uns sont solubles dans l'eau, les autres peu solubles, presque tous se dissolvent dans l'alcool.

Sur deux acides organiques qu'on trouve dans les eaux minérales, par J.-J. BERZÉLIUS.

M. Berzélius a découvert dans l'eau de Porla deux principes organiques électro-négatifs, à l'un desquels il a donné le nom d'acide crénique (de κρηνη source), et à l'autre celui d'acide apocrénique parce qu'il est formé du précédent. Ces acides constituent très probablement cet ingrédient commun à toutes les eaux minérales que l'on a désigné jusqu'à présent sous le nom de principe extractif. L'eau de Porla est tellement chargée de ces acides qu'elle en est jaune et qu'au contact de l'air elle laisse déposer une ocre brune qui contient du crénate basique et de l'apocrénate de peroxide de fer. Il est facile de séparer les acides de ces dépôts ocracés et de ceux que fournissent la plupart des eaux ferrugineuses.

L'acide crénique communique à l'eau une teinte jaune, et la solution évaporée dans le vide fournit une masse jaunâtre, transparente sans la moindre apparence de cristallisation, il n'a point d'odeur, sa saveur est piquante, acide, puis astringente. Il rougit fortement le tournesol. Exposé en dissolution à l'action de l'air il brunit et se transforme en acide apocrénique. Il est soluble dans l'eau et l'alcool absolu en toutes proportions. Les sels qu'il forme avec les bases alcalines ressemblent à des extraits ; ils brunissent promptement à l'air et se transforment en apocrénates.

L'acide apocrénique est brun et ressemble à un extrait végétal, sa saveur est purement astringente, il est peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool absolu. Ses combinaisons avec les alcalis sont d'un brun noir, extractiformes et insolubles dans l'alcool.

L'acide crénique et apocrénique sont le produit de la décomposition des substances végé-

tales ; on trouve dans le bois pourri de l'acide crénique et un autre acide qui offre de l'analogie avec l'acide apocrénique , mais qui n'est pas complètement identique avec lui.

Mémoire sur quelques cas de paralysie traités au moyen de l'électricité produite par des appareils voltaïques, par le professeur E. MARIANINI.

M. le professeur E. Marianini ayant appliqué avec le plus heureux succès le traitement par l'électricité voltaïque à une personne affectée de paralysie, fut successivement consulté par plusieurs autres malades. Dans un grand nombre de cas les effets du fluide électrique furent insensibles ou même complètement nuls, mais dans sept autres dont M. Marianini rapporte toutes les circonstances particulières, il a obtenu une guérison complète. Son mémoire comprend l'exposé de l'état de chaque malade soumis au traitement voltaïque, l'indication des diverses formes sous lesquelles le fluide leur a été administré et des modifications successives qu'il leur a fait éprouver. Nous n'avons pas cru devoir donner les détails de chacune de ces observations, mais il nous a paru intéressant d'instruire nos lecteurs des résultats remarquables obtenus par M. Marianini et de leur faire connaître la source où ils pourront consulter son mémoire.

Mémoire sur le tannin et les acides gallique, pyrogallique, ellagique et métagallique, par M. PELOUSE.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs du procédé indiqué par M. Pelouse pour obtenir du tannin pur et de quelques-unes des propriétés de ce principe ; nous allons résumer ici les nouveaux et importants résultats auxquels ce jeune chimiste est parvenu en poursuivant ses recherches.

La noix de galle traitée par l'éther anhydre dans l'appareil de MM. Robiquet et Boutron, ne fournit pas de tannin ; la présence d'un dixième d'eau dans l'éther est indispensable au succès de l'opération.

Le tannin qui de tous les principes contenus dans la noix de galle est le plus soluble dans l'eau, enlève à l'éther celle qu'il contient et forme avec cette eau et un peu d'éther une solution très dense qui est ensuite déplacée par les couches supérieures d'éther comme par un piston.

Le tannin se comporte comme les acides les mieux définis et suit les mêmes lois de saturation. L'acide nitrique le transforme en acide oxalique. Les sels de cinchonine, de quinine, de brucine, de strychnine, de codéine, de narcotine, de morphine forment avec la solution de tannin des précipités blancs peu solubles dans l'eau, mais très solubles dans l'acide acétique.

Une dissolution très étendue de tannin dans l'eau, abandonnée à l'influence de l'air ou de l'oxygène perd peu à peu sa transparence et laisse précipiter de l'acide gallique pur.

Il est facile de reconnaître avec une très grande précision si du tannin contient de l'acide gallique. Il suffit pour cela de plonger dans la solution aqueuse du tannin à éprouver, un

morceau de peau préparée pour le tannage, cette peau absorbe bientôt tout le tannin et laisse dans la liqueur tout l'acide gallique que l'on reconnaît à ses caractères particuliers. Le tannin, dit M. Pelouse, pourra devenir un médicament précieux ; car il doit être aux végétaux astringens ce que le quinine par exemple est au quinquina.

De l'acide gallique.

Depuis long-temps M. Braconnot avait annoncé que l'acide gallique préparé par sublimation différait essentiellement de l'acide gallique ordinaire, et avait donné au premier le nom d'acide pyrogallique, cette opinion combattue par M. Berzélius vient d'être confirmée par les expériences de M. Pelouse qui a étudié comparativement les acides gallique et pyrogallique.

L'acide gallique pur ne trouble pas la dissolution de gélatine, il cristallise en longues aiguilles soyeuses. Il forme dans la dissolution de persulfate de fer un précipité d'un bleu foncé qui se dissout lentement à froid dans la liqueur au sein de laquelle il s'est formé.

L'acide gallique ne trouble pas les dissolutions des sels à bases d'alcalis végétaux, et forme avec les eaux de baryte, de strontiane et de chaux des précipités blancs qui prennent des couleurs très variées et se détruisent quand on les expose à l'influence simultanée de l'air et d'un excès de base. L'analyse donne pour sa formule. $C^7 H^6 O$.

L'action de la chaleur sur l'acide gallique est extrêmement remarquable. Soumis à la température de 210 à 215 degrés dans une petite cornue, il se décompose entièrement et sans résidu en acide carbonique et en acide pyrogallique. Vient-on au contraire à chauffer rapidement ce même acide gallique jusqu'à 240 ou 250 degrés, il se dégage encore de l'acide carbonique ; mais au lieu d'acide pyrogallique, dont il ne se produit pas la plus petite quantité, on obtient de l'eau qui distille, et il reste au fond de la cornue une matière noire brillante, qui se dissout facilement à froid dans une légère eau de potasse ou de soude, et constitue un nouvel acide, désigné par l'auteur sous le nom d'acide métagallique.

Le tannin lui-même chauffé rapidement à 250°, fournit, comme l'acide gallique, de l'acide carbonique, de l'eau et de l'acide métagallique ; mais à 215° il donne, en même temps que les acides carbonique et pyrogallique, un résidu considérable d'acide métagallique.

A l'occasion de ces produits remarquables obtenus par l'action ménagée de la chaleur, M. Pelouse insiste sur la nécessité de mesurer exactement la température à laquelle on soumet les substances organiques, et de les étudier sous l'influence de son action graduellement conduite.

C'est en appliquant ce principe d'observation au tannin, aux acides gallique, pyrogallique et à plusieurs autres qu'il est arrivé à la découverte de la loi de formation des acides pyrogénés, loi importante qui explique avec une simplicité bien remarquable une des réactions les plus obscures et les plus intéressantes de la chimie organique.

Voici du reste l'expression de cette loi.

Un acide pyrogéné quelconque plus une

certaine quantité d'eau et d'acide carbonique, ou seulement brun de ces corps, représente toujours la constitution de l'acide qui lui a donné naissance. C'est ainsi que l'on a vu l'acide gallique se transformer uniquement en acides carbonique et pyrogallique et le tannin lui-même se décomposer en acide carbonique, en eau et en acide métagallique.

De l'acide ellagique.

L'acide ellagique ne diffère de l'acide gallique que par un atome d'eau en moins, sa formule est par conséquent $C^7H^4O^8$. Il se forme quand on expose à l'air une infusion de noix de galle, et s'en dépose en même temps que l'acide gallique.

De l'acide pyrogallique.

L'acide pyrogallique cristallise en aiguilles très allongées, très solubles dans l'eau, sa

réaction sur le papier bleu de tournesol est extrêmement faible. A 250° il noircit fortement, laisse dégager de l'eau et donne un résidu abondant d'acide métagallique. L'acide pyrogallique ne trouble pas les eaux de baryte et de strontiane. Le persulfate de fer versé soit à froid, soit à chaud dans sa solution est instantanément ramené au minimum, et la liqueur prend une très belle teinte rouge sans laisser déposer le plus léger précipité.

Sa formule est $C^3H^3O^3$

De l'acide métagallique.

Cet acide s'obtient en chauffant à 250 degrés du tannin ou de l'acide gallique, il dégage avec effervescence l'acide carbonique des carbonates de potasse et de soude.

Sa composition peut être représentée par $C^6H^4O^8$. F. B.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

JOURNAUX AMÉRICAINS.

Baltimore medical and surgical journal and review, oct., 1833.

Le *Journal et revue médicale et chirurgicale de Baltimore* est un recueil qui date à peine de quelques mois, et dont les rédacteurs, à la tête desquels est M. Gedding, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Maryland, sont encore dans toute la ferveur d'un début. L'analyse de quelques articles de cette publication en fera apprécier le mérite mieux que tout ce que nous pourrions dire.

Fractures de la cuisse et de la jambe; description d'un nouvel appareil pour le traitement de ces fractures, par N. R. Smith, M. D., professeur de chirurgie à l'université de Maryland. M. — Smith a profité, pour étudier les fractures, du grand nombre d'accidens de ce genre qui ont eu lieu pendant la durée des immenses travaux entrepris dans le voisinage de Baltimore, et qui ont été pour la plupart traités à l'infirmerie de la ville, où il est chargé du service de chirurgie. Suivant ce médecin, le traitement des fractures est le point le plus défectueux de l'art, parce qu'on néglige d'y appliquer les principes les plus indispensables de la mécanique. Les indications à remplir sont : 1° de fournir au membre un soutien mécanique qui remplace l'os fracturé ; 2° de lui donner un point d'appui qui en répartisse le poids d'une manière égale sur toute sa demi-circoufférence postérieure ; 3° de concilier les deux conditions précédentes avec la facilité de changer de position et de mouvoir, le plus librement possible, les autres parties du corps ; 4° de placer les muscles dans l'état de relâchement ; 5° de varier l'attitude du membre fracturé sans le dégager de l'appareil ; 6° de disposer l'appareil de telle façon que, dans les fractures compliquées, le chirurgien puisse mettre à découvert le lieu de la fracture, renouveler le pansement, etc, sans faire mouvoir les fragmens. L'extension permanente, à un degré suffisant, est impossible ; telle qu'on l'exerce généralement, elle est illusoire ; si les conditions ci-dessus sont remplies, elle est inutile.

Pour satisfaire à ces indications diverses, M. Smith emploie un appareil dont le mécanisme paraît simple, bien que la structure en soit trop compliquée pour que nous entreprenions de le décrire. Nous dirons seulement qu'il se compose de deux gouttières concaves, destinées à recevoir la partie postérieure du membre inférieur, réunies par deux charnières mobiles, une de chaque côté, au niveau de l'articulation du genou, et terminées, l'inférieure par une semelle, la supérieure par une atelle externe qui se fixe autour du tronc au moyen d'un bandage. Cet instrument se rapproche beaucoup de la double gouttière employée, pour produire l'extension graduelle de la jambe, dans les tumeurs blanches du genou. Il permet de suspendre le membre fracturé, d'augmenter ou de diminuer la flexion du genou, de remuer les diverses parties du corps, de découvrir le lieu de la fracture, etc. M. Smith s'applaudit de son invention, et l'application qu'en ont faite d'autres chirurgiens a été également couronnée de succès.

De l'empoisonnement par les préparations de chrome, par le docteur DUCATEL, professeur de chimie à l'Université de Maryland. — Ce travail renferme, 1° l'Histoire chimique du chrome, et l'indication des réactifs qui font reconnaître sa présence dans les divers composés dont il fait partie ; 2° l'exposition de l'action physiologique et pathologique du chrome et de ses préparations ; 3° l'énumération des symptômes de l'empoisonnement produit par les substances où entre ce métal ; 4° l'indication succincte du traitement applicable en pareil cas.

Le chrome, à l'état métallique est sans action sur l'économie. Les sels de protoxide de chrome sont sans doute vénéneux, mais leur action n'a pas été bien étudiée sous ce rapport. L'acide chromique a une saveur très acide, il est astringent, teint la peau en jaune, et s'il tombe sur un endroit excorié, il produit un ulcère très douloureux. Les ulcères observés par le docteur Duncan, de Glasgow, chez les teinturiers qui emploient le bichromate de potasse, n'ont probablement pas d'autre cause. Ces ulcères s'étendent graduellement en profondeur, jusqu'à perforer la main ou même le

ties du corps avec lesquelles il est impossible que l'acide ait été en contact, si ce n'est à l'état de vapeur. Il est évident que l'acide chromique, introduit dans l'estomac, doit déterminer des effets analogues et plus intenses encore. Les *chromates de plomb* sont doublement vénéneux; le *chromate neutre de potasse* doit l'être moins.

Un grain de *bichromate de potasse* injecté dans la veine jugulaire d'un chien (Christison d'après Gmelin) ne produit aucun effet; quatre grains ont déterminé le vomissement, et la mort au bout de six jours; dix grains ont causé la mort instantanément en paralysant le cœur. Introduit sous la peau, il détermine l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, le vomissement, la suppuration de la conjonctive, la paralysie des membres postérieurs, la chute des poils, etc. Il en est de même du bichromate de soude.

Chez un ouvrier, accidentellement empoisonné par le bichromate de potasse, et mort au bout de cinq heures, on trouva la membrane muqueuse de l'estomac, celle du duodénum, et le cinquième de celle du jéjunum, déchirée en lambeaux et partiellement détruite; plus bas, elle s'enlevait facilement avec le manche d'un scalpel; la partie inférieure de l'intestin était saine. Sur un chien, qui mourut quinze minutes après avoir pris une seconde dose d'une forte solution de bichromate de potasse, la membrane muqueuse de la bouche et de l'œsophage était épaissie et enflammée; celle de l'estomac était frappée de gangrène; la tunique musculuse et le péritoine étaient fort injectés.

Le traitement consiste à neutraliser l'excès d'acide en administrant du carbonate de potasse ou plutôt de soude, et à opposer aux accidens inflammatoires les moyens ordinairement employés.

III. *Observations physiologico-pathologiques sur la gastro-entérite folliculeuse*, par le docteur GEDDINGS.—Travail long sur l'histoire de la dothinentérie, contenant trop peu de choses nouvelles pour des lecteurs français: ne sera pas analysé.

IV. *Du choléra des enfans*, par N. POTTER.—Maladie commune en Amérique, observée à Londres par Copeland, ayant de l'analogie avec ce que Cruveilhier a décrit sous le nom de *maladie gastro-intestinale*, et Billard sous celui de *gastrite folliculeuse*, fréquente quand la température est élevée, caractérisée par beaucoup de faiblesse, une grande décoloration de la peau, un embarras extrême de la circulation capillaire, des selles abondantes, débilitantes, d'aspect fort variable; et, à l'autopsie par une éruption folliculeuse inflammatoire ou ulcéreuse de l'intestin avec gonflement et dégénérescence des ganglions mésentériques.—Le traitement de M. Potter est surtout antiphlogistique, bien qu'il emploie souvent le calomel, les vomitifs, les cathartiques.

V. *Ligature de l'artère innominée pour un anévrysme de la sous-clavière droite*; par le docteur HALL, professeur d'accouchemens, etc., à l'Université de Maryland.—Lot Jones, âgé de 52 ans, portait un anévrysme de l'artère sous-clavière droite de la grosseur d'une orange, la respiration et la déglutition étaient gênées, il y avait de la fièvre. On prépara le malade à l'o-

pération par une saignée et par quelques purgatifs salins. Une incision fut faite à la peau, à la partie antérieure du col, sur la ligne médiane; elle s'étendait du bord inférieur du cartilage thyroïde au bord supérieur du sternum, et de là se dirigeait horizontalement jusqu'à l'attache du muscle sterno-mastoïdien. Le lambeau triangulaire étant renversé, le *fascia* superficiel et le profond divisés avec précaution au bas de la trachée, le tissu cellulaire écarté de part et d'autre avec le manche du scalpel, sans qu'il se fût écoulé plus d'une cuillerée ou deux de sang, on parvint sur l'artère innominée. Elle était malade, dilatée, et avait contracté quelques adhérences; on les détruisit avec le doigt indicateur. La bifurcation des carotides céda dans cette manœuvre, et une hémorrhagie eut lieu; la ligature passée autour de l'innominée l'arrêta un instant, bientôt elle reparut. On remplit la blessure avec de petites éponges superposées, le sang fut arrêté de nouveau. Les battemens de la sous-clavière et la carotide, arrêtés d'abord, devinrent sensibles au bout de deux heures, et acquirent promptement la même force que ceux des autres artères. Le malade va parfaitement du 7 au 12 septembre. Tout-à-coup changement total, anxiété, peau brûlante, douleurs sternales, difficulté de respirer et d'avalier, écoulement de sérosité sanguinolente par la plaie, mort 113 heures après l'opération.

Autopsie. Inflammation adhésive de toutes les parties voisines de la plaie. Épaississement du tissu cellulaire qui entoure le péricarde, et du péricarde lui-même, adhérence entre cette membrane et le cœur. Dilatation de la crosse de l'aorte, paquet d'adhérences autour de l'origine des vaisseaux qui partent de l'aorte en ce point, épaississement et ramollissement des parois de ces vaisseaux. La ligature pénétrait par deux ouvertures dans la cavité de l'artère innominée. La membrane interne de ce vaisseau, ainsi que celle des artères voisines, était rugueuse et granulée. Cette particularité, observée dans des circonstances analogues par M. Gendrin et par d'autres auteurs, justifie l'opinion émise par M. Smith (*Surgical-anatomy of the arteries*), que l'anévrysme spontané étant toujours le résultat d'une dégénération organique des tuniques artérielles, il doit être le plus souvent accompagné d'une altération morbide de presque tout le système vasculaire à sang rouge; que, dans les cas de ce genre, l'opération offre peu de chances de succès, mais qu'il est difficile de les reconnaître *à priori*.

Affection anormale du système nerveux, approchant de la chorée rotatoire de Mason Good, par le D. MARSHALL, à Forfar.

Le sujet de cette observation est une jeune fille d'environ treize ans, non encore réglée, nommée Jane Stewart, remarquable par sa constitution robuste, et par son caractère ingouvernable.

Après de violens maux de tête, et une constipation opiniâtre, pour laquelle on lui fit prendre plusieurs purgatifs, elle fut prise de soif, de vomissemens, d'affaiblissement de la vue alternant avec une sensibilité excessive de l'œil à la lumière, de l'oreille au plus léger bruit. Enfin elle perdit la faculté de se tenir debout, mais non pas celle de remuer les jambes. Cei

état dura plusieurs mois sans changement. Quatre mois plus tard, Jane perdit la parole pendant six semaines, sans que du reste l'intelligence, la sensibilité et les mouvemens fussent altérés. Puis elle recouyra la parole en bégayant comme un enfant; la vue devint très faible; enfin le délire survint, dura huit jours, et fut suivi de paroxysmes qui se répétaient huit à dix fois en 24 heures.

La première période de ces paroxysmes ressemblait à une syncope; le pouls était cependant naturel, la malade insensible à toute impression extérieure; cet état durait de trois ou quatre minutes à plusieurs heures. La respiration d'abord faible, mais pleine comme dans le sommeil, devenait par degrés forte et souvent annonçait ainsi l'approche du second stade, caractérisé par une série d'actes singuliers, dont la plupart étaient des mouvemens convulsifs bizarres, des cris aigus. La malade jetait par les croisées ou à la tête des assistans, tout ce qui lui tombait sous la main; etc., etc. Son père ayant voulu un jour la contenir, son bras gauche resta depuis lors dans un état de contraction permanente.

Les mouvemens semblaient tantôt involontaires, tantôt soumis jusqu'à un certain point à l'influence de la volonté; la jeune fille ne répondait à aucune question, elle ne reconnaissait point ses parens et ses amis; la station et l'usage

du bras gauche étaient impossibles. Cet état durait de cinq à dix minutes.

Pendant les 15 premiers jours, les paroxysmes étaient séparés par une intermission qui variait d'une minute à une heure et demie. Plus tard il n'y eut plus qu'une seule intermission bien tranchée, de huit à neuf heures du matin. La malade s'affaiblit, les paroxysmes devinrent moins énergiques. Les mâchoires étaient serrées, les bras contractés, le pouls au-dessous de trente pulsations; l'émission de l'urine involontaire, la constipation invincible. La mort vint terminer la scène, huit mois après l'invasion de la maladie.

Le traitement s'était réduit à quelques laxatifs, à des lavemens de savon, à des frictions le long de l'épine dorsale avec un liniment dans lequel entrait le tartre émétique. M. Marshall appelle l'attention des lecteurs sur ce fait que, pendant les soixante-dix-sept derniers jours de sa vie, Jane Stewart ne prit aucune espèce de nourriture; un lavement et une tasse d'eau, voilà tout ce qu'on lui donnait en 24 heures.

À l'ouverture, on ne trouva aucune altération organique du cerveau ni de la moelle; la pie-mère était faiblement injectée dans quelques points; les ventricules contenaient six onces de sérosité. (*Edinburgh medical and surgical journal.*) CHAMBEYRON, D. M.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

HUFELAND'S JOURNAL.

(Février 1834.)

- I. *Observation de grossesse extra-utérine terminée heureusement, au bout de vingt-un mois, par les seuls efforts de la nature; par le docteur HANIUS, à Strelitz.*

Madame C..., âgée de vingt-six ans, d'une taille moyenne, d'une constitution délicate, et douée d'une imagination vive, à cela près jouissant d'une bonne santé, mariée depuis cinq ans et mère depuis trois, se sentit enceinte pour la seconde fois, le 24 janvier 1830. Mais elle ne tarda pas à éprouver des coliques assez vives en allant à la selle, et un sentiment de tension douloureuse dans la région lombaire droite; elle était agitée d'une espèce d'inquiétude qui la faisait sans cesse courir d'une chaise à l'autre; assise, elle souffrait beaucoup; elle était plus à son aise dans la position horizontale. Au mois de mai il y eut une amélioration notable, la malade put revoir le monde, et s'occuper assez activement dans son jardin: vers la fin du mois, hémorrhagie extérieure qui fait craindre l'avortement. Le 24 juin, douleurs vives dans le bas-ventre, nouvelle hémorrhagie qui s'arrête promptement; spasmes de la gorge, strangulation, tremblement universel, ténésmes, efforts inutiles pour uriner, pâleur et refroidissement du visage, etc. M. Hanius, appelé, procède à l'opération du toucher: il rencontre dans le vagin une masse ovale, ferme, élastique, remplie d'une matière molle, serrée de toutes parts, et ne pouvant être repoussée vers le bassin. On ne peut s'assurer de l'état de la matrice ni par le vagin, ni par le rectum. Mais, en examinant les parois du ventre on s'aperçoit que ce sac fait partie d'un corps plus volumineux qui remplit tout l'hypogastre et s'étend, le long du pubis,

d'une fosse iliaque à l'autre. Dans la région iliaque droite, ce corps est volumineux, dur, arrondi; c'est la tête d'un enfant; elle est contiguë à la crête de l'os des îles; le tronc se porte à gauche en s'enfonçant de plus en plus. Pendant que le médecin réfléchit à ce qu'il fera, tous les accidens disparaissent brusquement pour ne plus revenir. Toutefois la malade éprouve encore un sentiment de pesanteur dans l'hypogastre; elle ne peut se coucher que sur le côté où repose la tête de l'enfant; on observe quelques symptômes hystériques, de légers laxatifs sont prescrits, et le terme de la grossesse arrive sans qu'on ait pu remarquer le moindre signe d'accroissement ou même de vie chez le fœtus.

Le 23 octobre, il y eut, sans symptôme précurseur, une hémorrhagie peu abondante qui fut suivie de l'écoulement d'une assez grande quantité de liquide qu'on reconnut être du liquide amniotique. À la suite de cet écoulement, madame C... se sentit très soulagée, et en décembre les règles revinrent.

Jusqu'aux mois de mars et d'avril de l'année suivante, le fœtus parut s'enfoncer de plus en plus dans le bassin, et diminuer de volume. Au mois de juillet de cette année, la santé paraissait à peu près rétablie, lorsque bientôt les selles prirent un caractère particulier, contenant du pus d'une odeur désagréable qui n'était ni celle des *féces*, ni celle de la putréfaction.

En août, la malade rendit par le rectum du sang, du pus, et un petit os assez semblable à une phalange. Les deux chirurgiens consultants, MM. Hyeronimi et Kortum, pensèrent que le reste des parties osseuses du fœtus sortirait par l'ouverture du rectum, quoique cette ouverture fût assez petite. On sentait entre le vagin et le rectum une masse dans laquelle on pouvait apprécier de petits os mobiles, les uns sur les autres,

et produisant par leur mouvement une crépitation notable.

Dans le mois de septembre, madame C... fut prise d'un grand malaise, de fièvre et de très vives douleurs comme pour l'expulsion des parties non résorbées du fœtus. La déchirure du rectum ne semblait pas pouvoir donner passage à la masse placée entre le vagin et le rectum; et on allait se décider à l'agrandir, lorsque l'on s'aperçut que la nature l'avait suffisamment dilatée, et les doigts de M. Hyeronimi suffirent pour extraire deux *fémurs*, un *os iliaque*, une *omoplate*, un *humérus*, la *mâchoire inférieure droite*, cinq *côtes*, et quelques fragmens du crâne. Tous ces os étaient enduits d'une matière brunâtre, à odeur cadavéreuse; leur extraction détermina un léger écoulement de sang. On obtint ainsi successivement la presque totalité du squelette, à l'exception des os du corps et du torse, des petits os du bassin, et de quelques fausses côtes. Depuis deux ans, la perforation du rectum est cicatrisée sans qu'il y ait jamais eu épanchement de matières fécales dans le bassin; la matrice est tout-à-fait dans son état naturel, et madame C... jouit depuis lors d'une santé parfaite.

Rudolphi a observé un cas semblable, mais sur le cadavre: les parties molles avaient été résorbées, mais les os n'avaient pu être expulsés par les efforts de la nature, et l'on méconnut la cause de la mort. M. Esquirol possède un squelette de fœtus trouvé dans l'abdomen d'une folle. Enfin, en 1823 ou 1824, à la Salpêtrière, dans le service de M. Lallement, une femme de 75 ou 76 ans, affectée d'une hernie ombilicale qui ne put être réduite, même après l'opération, portait un fœtus complet, ossifié, que j'ai eu quelque temps en ma possession, et dont la présence avait empêché la réduction de la hernie. M. Danyau a consigné cette observation dans sa thèse inaugurale (1824). Il existe quelques autres observations du même genre.

II. *Cas d'empoisonnement par l'ammoniaque liquide*; par le docteur VETLER, à Berlin. — Une jeune fille de vingt ans, d'une forte constitution, souffrait depuis quelques jours de coliques accompagnées de diarrhée, et auxquelles viennent se joindre des vomissemens. Sa mère lui fit prendre une cuillerée à thé d'une liqueur qu'elle crut être la même qu'une voisine lui avait administrée avec succès en pareil cas. Au même instant, la fille tomba, saisie des plus vives douleurs. On lui donna du lait, et on fit appeler M. Vetler. Il arriva au bout d'une demi-heure, et reconnut qu'on avait pris de l'ammoniaque pour de l'éther. Il trouva la face pâle, convulsée par les souffrances; la langue, le palais, et toutes les autres parties de la bouche qu'on pouvait apercevoir, étaient blanches et déjà parsemées de cloches. Le médecin hésitait entre l'expulsion du poison par un vomitif, sa neutralisation par le vinaigre, sa transformation en liniment par l'ingestion de substances huileuses. Une bouteille d'huile d'olive qu'il trouva sous sa main le décida pour ce dernier moyen. On en fit prendre la valeur d'une tasse par cuillerées, à de courts intervalles, et les douleurs brûlantes s'apaisèrent par degrés. On prescrivit huit onces d'émulsion avec addition d'eau distillée de laurier-cerise et de nitrate de potasse, et l'on fit alterner cette potion avec quelques verres d'eau sucrée et vinaigrée. Aussitôt se manifestèrent

des douleurs atroces dans la région précordiale, et des angoisses terribles, que suivirent des vomissemens de matières semblables à un liniment ammoniacal, mêlés de caillots de lait et d'une grande quantité de suc gastrique. Plusieurs selles eurent lieu, et déterminèrent, comme les vomissemens, un vif sentiment de brûlure. Le pouls était petit, la respiration difficile et arrêtée par une vive douleur dans le dos; la malade manquait d'air. (Saignée de 12 onces, vésicatoire à l'épigastre.) La peau était aride, la fièvre prononcée; ces deux symptômes cédèrent à l'évacuation sanguine. Sous l'influence des boissons indiquées ci-dessus, l'amélioration fit de rapides progrès, et le huitième jour après l'accident, la malade était complètement en convalescence.

III. *Expériences sur la partie vomitive (émétine) de l'ipécacuanha*; par le docteur PROLIUS, à Wolfhagen. — L'auteur ne reconnaît qu'un motif qui puisse détourner les médecins de substituer, toujours et dans les mêmes cas, l'émétine à l'ipécacuanha et aux préparations antimoniales: c'est son extrême cherté. Cet inconvénient est atténué par la faiblesse des doses, qui sont de deux à trois seizièmes de grain pour un adulte. Le docteur Wigaud combine l'émétine avec son poids d'acide tartarique et une petite quantité de sucre. De cette manière, il la ramène à l'état de sel soluble. (M. Magendie avait déjà conseillé de la faire dissoudre dans l'acide acétique ou sulfurique.) M. Prolius cite dix cas dans lesquels il a eu recours à l'émétine; mais il ne parle que du résultat immédiat du vomissement, et il ne dit rien de l'effet médiat ou secondaire de l'action du remède sur la maladie.

IV. *Efficacité remarquable de la créosote pour la guérison du diabète sucré*; par le professeur BERNDT, à Greifswald. — Le professeur Berndt a eu l'occasion d'observer huit individus affectés de diabète; il a employé sur les sept premiers l'arsenic, l'opium, l'émétique, etc.; tous sont morts. Enfin, pour le huitième, il a eu recours à un nouveau remède, auquel il a dû un plein succès. Le malade était âgé de cinquante ans, son mal datait d'un an et demi, il rendait par jour sept pintes d'urine (7 *berliner quart.*) Le liquide, analysé par M. Hünfeld, professeur de chimie à l'Université de Greifswald, contenait beaucoup de sucre. La soif était ardente, l'appétit vif, le sommeil nul à cause des envies fréquentes d'uriner; cependant la fièvre hectique ne s'était pas encore manifestée. On administra d'abord l'émétique; deux jours après on prescrivit la diète animale de Rollo et l'ipécacuanha à doses réfractées, mais sans aucun effet. On en vint enfin à faire prendre tous les jours huit gouttes de créosote en seize pilules préparées avec le sucre et la gomme arabique. Bientôt la soif et la faim diminuèrent, les urines se réduisirent promptement à trois pintes, puis à deux. Elles étaient riches en alcalis, surtout en ammoniaque, mais fort troubles. On éleva par degrés la dose de créosote, et, au bout de trois semaines, on renonça à la diète animale de Rollo, devenue insupportable au malade. L'urine avait alors l'odeur de celle du cheval; elle contenait beaucoup moins de sucre, et commençait à offrir quelques traces d'urée; mais elle était encore fort trouble. De ce moment, l'urine diminua de quantité, contient de moins en moins de sucre,

de plus en plus d'urée, jusqu'à ce qu'elle eût repris ses qualités normales.

V. *Observation curieuse de rage douteuse*; par M. L.... — M. P., mordu par un chien qu'il croit enragé, est cautérisé et rassuré par M. Græf. Pendant sept ans, aucun symptôme fâcheux. Au bout de ce temps, après avoir bu avec excès du rhum et du vin, M. P. est pris d'un accès violent de toux, de convulsions du pharynx, de véritable hydrophobie. Une saignée aggrave les symptômes et accélère extraordinairement le pouls. M. P. meurt dans un état apoplectique.

M. Trollier de Lyon a cité un cas semblable de rage prévenue par la cautérisation presque immédiate et par un régime sévère suivi pendant un an, puis éclatant jusqu'à l'hydrophobie caractérisée et la mort apoplectique à la suite d'un excès de boisson alcoolique.

De la saignée dans le premier stade des accès de fièvre intermittente; par le conseiller NEUMANN, à Aachen.

Dans le cinquième volume des Transactions de la Société Médicale de Calcutta, M. Twinning vante l'usage de la saignée dans la période de froid des fièvres intermittentes, employé par M. Mac Intosh, comme une des acquisitions les plus importantes dont l'art de guérir se soit enrichi de nos jours. Cette méthode abrège la maladie, et en prévient toutes les suites fâcheuses; elle est applicable même lorsqu'il existe de l'œdème aux pieds; enfin elle rend l'emploi du quinquina rarement indispensable.

M. Neumann prétend que c'est en causant immédiatement la mort du malade que la saignée produit les résultats annoncés par le médecin anglais.

« Il est très vrai, dit-il, que la saignée pratiquée pendant la période de froid, avant qu'elle soit parvenue à son summum d'intensité, la supprime à l'instant même, bien que la quantité de sang tirée soit peu considérable. Mais, en général, le malade perd connaissance, et se trouve pris de convulsions, qui se terminent d'autant plus promptement par la mort que le frisson se rapprochait davantage de l'état convulsif ou apoplectique. Si les convulsions ne se manifestent pas, il ne se développe ni chaleur ni sueur; le malade se trouve bien, mais l'accès suivant avance plus ou moins, le frisson est comparativement beaucoup plus intense que la chaleur qui lui succède, et il ne tarde pas à être suivi des maladies concomitantes des fièvres intermittentes. Si, au contraire, on pratique la saignée quand la période de froid a déjà franchi son summum d'intensité, et que la période de chaleur est prête à commencer, cette seconde période arrive plus tôt, elle est plus faible qu'elle n'aurait dû être, mais il n'y a pas de convulsions. Néanmoins la fièvre arrive promptement à son quatrième stade; elle devient fort tenace, et s'accompagne ordinairement d'œdème aux pieds et d'ascite. Tels sont, ajoute M. Neumann, les résultats qu'une longue pratique m'a fournis de nombreuses occasions de vérifier. »

Parmi les observations qu'il a recueillies, il cite celle d'un jeune sous-officier de l'armée saxonne, lié par l'amitié la plus étroite avec un chirurgien militaire à peu près du même âge. « Après plusieurs nuits passées au bivouac, le sous-officier fut pris d'un violent frisson avec suffocation imminente; ce frisson fut assez court,

et fit place à une chaleur qui dura dix-huit heures. Le jour suivant, perte d'appétit, mais pas de fièvre; le troisième jour, retard de l'accès. Le jeune chirurgien effrayé en voyant son ami sans haleine et sans voix, respirant avec une difficulté excessive, et prêt à étouffer, lui tira environ douze onces de sang. Cette méthode était assez généralement pratiquée dans les armées, long-temps avant que M. Mac Intosh en eût fait la découverte. La respiration du malade devint un instant un peu plus large, mais bientôt M. Neumann fut appelé auprès de lui. Il le trouva froid, sans connaissance, sans pouls, agité de convulsions qui commençaient déjà à perdre de leur violence ayant la respiration courte, entrecoupée. La mort survint en moins d'un quart d'heure. Le chirurgien désespéré tomba dans une affreuse mélancolie, donna lieu de craindre qu'il n'attentât à ses jours, et périt dans le marasme au bout de quelques mois. »

« Les racines de la fièvre intermittente, continue M. Neumann (et, sous ce rapport, il est complètement de l'avis de M. Brachet, de Lyon), les racines de la fièvre intermittente sont dans le système nerveux ganglionnaire. Si la vie du cœur était complètement indépendante de ce système, les maladies des ganglions ne se manifesteraient pas sous la forme fébrile; mais comme elle n'en dépend pas uniquement, une maladie permanente des ganglions n'agit que périodiquement sur le cœur. Dans le frisson, cet organe est dominé par l'influence nerveuse; il la domine à son tour, dans la période de chaleur. Plus la résistance du cœur est faible, plus l'action exercée sur lui est faible aussi, plus les altérations de la vitalité des organes abdominaux sont à craindre. La débilité du cœur, produite à dessein par la saignée, n'a d'autre résultat que de favoriser cette complication. Si la saignée est pratiquée au début du frisson, celui-ci est supprimé parce que toute résistance à la maladie cesse, et alors il arrive que le cerveau se prend ou qu'il échappe à l'influence. Dans le premier cas, la mort survient au milieu des convulsions; dans le second, tout se borne à l'avortement du paroxysme. Si l'on emploie la saignée à la fin du frisson, le cœur qui se trouve alors au plus fort de la lutte surmonte cet obstacle, à moins que la saignée ne soit trop considérable. »

Je n'entreprendrai pas de décider entre M. Neumann et le médecin anglais auquel il donne un démenti; tous deux se fondent sur de nombreuses observations; tous deux peuvent avoir raison, suivant M. Hufeland, et la différence des résultats obtenus dépend de la différence des climats. Quoi qu'il en soit, l'explication donnée par M. Neumann est peu claire, et il montre, en finissant, une mauvaise humeur frondeuse qui peut faire douter de son impartialité.

« La thérapeutique anglaise, dit-il, se réduit au calomel et à la saignée; ce que l'un ne guérit pas, l'autre le guérit. Si tous deux échouent, on donne un drastique, puis on en vient au quinquina. Un médecin français appliquera quatre ou cinq cents sangsues avant d'abandonner le malade à son sort; et, en Allemagne, il se trouvera des charlatans qui le guériront avec une goutte de l'eau du Rhin, pourvu qu'il soit tombé une plante de belladone dans le lac de Constance. »

JOURNAUX ITALIENS.

OSSERVATORE MEDICO.

Sur l'usage de l'eau en vapeur dans l'inflammation de la membrane muqueuse du poumon. Observations cliniques par le professeur L. MARCHESANI, médecin du grand hôpital des Incurables.

Un homme âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin-bilieux, qui avait eu autrefois une pleurésie des plus graves, se présenta le 8 janvier 1833 pour un catarrhe aigu fixé sur le larynx, les bronches et les cellules aériennes. Toux violente et douloureuse, comme si le poumon allait se déchirer, fièvre aiguë, sensation d'une flamme tout le long du trajet des voies aériennes, oppression de poitrine. M. Marchesani prescrivit une saignée du bras et des sangsues au siège. Tout le temps de l'irritation du catarrhe, le malade ne cessa d'aspirer, presque sans interruption, de l'eau en vapeur. On lui établit un vésicatoire volant tantôt sur la poitrine, tantôt sur les bras : pour nourriture, de l'eau coupée avec du lait. Il retira un si grand soulagement de cette fumigation, qu'il ne la discontinuait que pour céder au sommeil ou à la fatigue. C'est ainsi que cet homme qui causait la plus vive inquiétude tant à cause de l'intensité de sa maladie et d'une expectoration on ne peut plus abondante, que par le souvenir de sa pleurésie, guérit parfaitement.

Une femme de quarante-deux ans avait été déclarée par ses médecins atteinte de phthisie. En novembre 1830, elle paraissait en effet dans un état de consommation; elle avait la fièvre lente et rapportait le siège de sa maladie au larynx où elle sentait une douleur poignante semblable à celle qu'y feraient des épines; dyspnée aussi incommode que la douleur; toux légère qui exprimait un peu de mucus purulent. « C'était bien, dit le docteur Marchesani, le cas d'employer les vapeurs d'eau chaude. Aussi ne manquai-je pas, dès ma première visite, de les prescrire conjointement avec des sangsues au larynx, un vésicatoire à la nuque et le lait pour aliment. Je fis renouveler de temps en temps l'application des sangsues et du vésicatoire. En un mois la femme fut guérie, je n'ose dire absolument de la phthisie ou du catarrhe, mais d'une maladie très grave. »

En décembre dernier, une femme était tourmentée par un violent catarrhe pulmonaire qui, à cette époque, régnait épidémiquement à Naples. Elle était tellement nerveuse que son estomac ne pouvait supporter que l'injection du sirop simple: ce fut là ce qui décida à s'en tenir aux fumigations d'eau chaude, sans négliger toutefois la saignée qui fut même répétée, les vésicatoires volans et l'eau coupée avec le lait. Cette toux, si fatigante et si inquiétante, ceda très promptement aux fumigations.

M. Marchesani parle encore de deux malades; l'une probablement affectée de phthisie pulmonaire, suivant lui, qui guérit par l'usage des mêmes fumigations; l'autre qui mourut phthisique, mais fut beaucoup soulagée par ce traitement.

Quoique la plupart des observations que

nous venons de citer de M. Marchesani ne soient pas aussi concluantes dans notre opinion que dans la sienne, puisque, d'une part, il est fort contestable qu'il ait eu si souvent affaire à la phthisie pulmonaire, et que, d'autre part, les saignées générales et locales et les vésicatoires ont tout autant dominé sa thérapeutique que les fumigations de vapeur d'eau; nous avons cru pourtant devoir consigner ici ces résultats qui attireront l'attention des praticiens sur un moyen de curation utile.

Sur l'efficacité de l'acupuncture. — Observations du docteur N. NARDUCCI DE MIRABELLA.

Il y a déjà quelque temps que les journaux de médecine n'ont parlé de l'acupuncture, ou du moins qu'ils n'en font guère mention; ce silence pourrait faire naître des doutes sur les brillans succès attribués depuis quelques années à ce genre d'opération. Nous ne sommes pas disposés à nier que l'enthousiasme et l'exagération se mêlent à ce qui est nouveau, mais il n'en est pas moins vrai que des faits observés par des médecins intelligens et sans préjugés, garantissent les heureux succès de ce moyen thérapeutique. Parmi ces faits viennent se placer les observations suivantes du docteur Narducci.

Nous laissons le docteur Narducci parler lui-même et raconter ses observations.

1^{re} Observation. — M. Pace, huissier près le tribunal civil de Campo-Basso, âgé d'environ quarante ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, fut saisi, en 1830, d'une douleur aiguë dans le bras droit, que ses médecins prirent pour un symptôme consécutif du mal vénérien; en conséquence, ils administrèrent à l'intérieur du sublimé corrosif, et frictionnèrent la partie souffrante avec diverses pommades et divers linimens. Ces moyens échouèrent tout-à-fait, et M. Pace fut obligé, pour ne pas perdre sa clientèle, de prendre un jeune homme qui écrivit sous sa dictée, lui pouvant à peine, et non sans grande douleur, apposer sa signature sur les actes.

Ne pouvant plus y tenir, après plusieurs mois de souffrances, il se mit entre mes mains: fort de mon expérience sur l'efficacité de l'acupuncture dans des cas semblables, je mis la main à l'œuvre et j'enfonçai six aiguilles dans la partie souffrante, en mettant à peu près six lignes de distance entre les unes et les autres, et je les retirai au bout de sept heures. Alors je commandai au malade d'élever le bras et d'écrire à l'instant même; ce qu'il fit au grand étonnement des assistans et de lui-même.

2^e Observation. — Donato Cronaro, âgé de dix ans, fut pris le jeudi-saint 1830 de convulsions épileptiques qui lui laissèrent les membres inférieurs tellement contractés, que les talons restaient presque en contact avec la partie postérieure des cuisses. Plusieurs médecins ayant employé vainement diverses médications, finirent par l'abandonner. Cosimina, qui avait été la nourrice de cet être infortuné, vint me supplier à mains jointes d'aller le visiter. Je le trouvai dans un état déplorable; néanmoins je dis à

cette femme charitable de le faire transporter à Mirabella, à trois lieues de distance de l'endroit où j'étais allé le visiter. Cosimina n'y manqua pas. Dès le lendemain, 8 mai, elle était chez moi, portant dans ses bras le pauvre enfant. Sans perdre de temps, je le fis placer sur un lit, et je lui enfonçai trente-huit aiguilles, partie le long de la colonne vertébrale, partie sur le trajet des nerfs cruraux internes et externes des deux membres inférieurs. Elles firent merveille. Je les ôtai après les avoir laissées huit heures, et le malade fut en état de se lever et de s'en retourner à pied dans son pays, transporté de joie et attirant sur lui l'attention de presque tous les habitans de Campo-Basso.

3^e *Observation.* — Placida de Giglio, âgée de soixante ans environ, ma concitoyenne, fut atteinte au mois de septembre 1832, après des douleurs rhumatismales, d'une névralgie sciatique à la cuisse droite, qui ne lui permettait pas de faire le moindre mouvement dans son lit, sans éprouver des spasmes à mourir. Un de mes confrères prescrivit divers remèdes qui tous furent inutiles. Cette pauvre femme ne pouvant pas résister à de telles souffrances qui lui déchiraient le cœur, eut recours à mon ministère. Je la trouvai dans un état qui faisait pitié; elle criait, pleurait et demandait la mort. Comment fut-elle tirée de si grandes souffrances? Par vingt-quatre aiguilles que je lui enfonçai les unes sur les vertèbres lombaires, les autres sur le trajet du nerf sciatique interne de la cuisse affectée. Je les retirai au bout de douze heures, et aussitôt après, la malade se mit à marcher d'un pas délibéré en présence d'un grand nombre de témoins.

Le docteur Narducci ne s'étonne pas, malgré deux échecs d'acupuncture, de ces trois guérisons, et il produit à l'appui cinq observations du même genre, quoique d'un succès

moins merveilleux; mais il nous dit que sa méthode d'acupuncture ne ressemble point à celle de Demours, de Berlioz, de Sarlandière, de Cloquet, etc. Quand je reconnaissais, dit-il, que la douleur était invariablement fixée, que la partie n'était point enflammée, mais seulement irritée, j'enfonçais tantôt en tournant, tantôt en pressant, des aiguilles percées d'un chas et faites en formes d'alène de cordonnier; je les plantais aussi profondément que la consistance de la région, que le site me le permettait; et pour empêcher que mes aiguilles ne se perdissent dans les chairs, je les retenais à ma disposition, en traversant leur chas d'un fil de soie. Je les retirais lorsque la douleur avait cessé, ou que le malade ne pouvait plus endurer la piqûre.

Académie médico-chirurgicale de Naples. — *Séance ordinaire du 25 janvier 1834.* Après la lecture et l'approbation du procès-verbal, on lit une note du docteur Tasca de Candela, contenant une observation propre à confirmer la propriété attribuée au seigle ergoté de provoquer les douleurs de l'accouchement. Il s'agit d'une femme de vingt ans qui, depuis huit jours, se trouvait en mal d'enfant, tourmentée par des douleurs qui tantôt augmentaient et tantôt se passaient; les eaux s'étaient écoulées, l'orifice de l'utérus était peu dilaté et le fœtus présentait les pieds. L'accoucheur prescrivit un demi-gros de seigle ergoté, divisé en cinq doses, à prendre de demi-heure en demi-heure. A la seconde prise, les douleurs assoupies se ranimèrent et l'orifice de l'utérus se dilata notablement. Après la quatrième prise, les pieds et les jambes franchirent la matrice, et lorsque le mari vint pour faire prendre la cinquième dose, il trouva entre les mains de la sage-femme un enfant plein de vie et bien développé.

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

PRIX PROPOSÉ. — La société de médecine de Toulouse propose pour sujet de prix à décerner en 1835 la question suivante :

1^o *Etablir les caractères essentiels de l'asthme;*
2^o *Déterminer si les lésions organiques observées dans cette maladie en sont la cause, l'effet ou la complication;*

3^o *Indiquer les moyens thérapeutiques pour la guérir dans ces divers états, ou du moins pour en suspendre les effets.*

Les mémoires devront parvenir franco à M. Ducasse, secrétaire-général de la société, avant le 1^{er} avril 1835, terme de rigueur.

Les auteurs y joindront un billet cacheté renfermant leur nom, prénoms et demeure, ainsi que l'épigraphe qu'ils auront inscrite en tête de leur ouvrage.

Le concours pour la chaire de clinique d'accouchemens est terminé. Les seuls concurrens qui aient soutenu leurs prétentions jusqu'à la fin sont MM. Bazignan, Lécorché-Colombe, Paul Dubois, Velpeau.

Le mardi 20 mai, M. PAUL DUBOIS a été proclamé professeur dans l'amphithéâtre de la Faculté, par M. Moreau, président du jury.

La première épreuve de ce concours a consisté en une leçon clinique faite par chacun des

concurrens sur deux femmes choisies à l'hospice de la Maternité.

La seconde épreuve n'a été qu'une répétition de la première : Examen pendant une demi-heure de deux malades, puis leçon d'une heure sur ces malades.

La troisième épreuve a été l'argumentation des thèses : les thèses avaient pour sujets :

M. Bazignan. — *De la délivrance.*

M. Colombe. — *Des accidens qui succèdent à l'accouchement.*

M. Dubois. — *Dans les différens cas d'étrousses dubassin, que convient-il de faire?*

M. Velpeau. — *Des convulsions chez les femmes pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.*

— M. Chaumet vient d'obtenir à la suite d'un brillant concours, la place de chirurgien en second de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

— Les concurrens pour la chaire de clinique chirurgicale, vacante par la mort de Boyer, sont MM. Sanson aîné, Thierry, Lepelletier (du Mans), Bérard jeune, Dubled, Guérbois, Blandin, Lisfranc, Laugier, Velpeau.

— Un concours a été ouvert le 30 mai pour une place de chirurgien au Bureau central des hôpitaux de Paris. Les juges nommés de ce concours sont MM. Murat, Blandin, Laugier, Velpeau, Gerdy, Jadelot, Hervez de Chegoïn; sup-

pléans : MM. Bérard jeune et Labric. Les concurrents inscrits : MM. Lepelletier (du Mans), Danyau, Lenoir et Malgaigne.

— Le 10, le 12 et le 14 mai, les élèves égyptiens, amenés à Paris par M. Clot-Bey à la fin de 1832, ont subi leur premier examen (physique, chimie, histoire naturelle médicale) devant la faculté de médecine de Paris. Ces jeunes Arabes ont fait preuve d'intelligence et de connaissance devant un auditoire assez nombreux et choisi, et ont tous mérité les notes de *satisfait* et de *très satisfait*.

Monument Cuvier.

D'après une délibération prise par la commission chargée des soins du monument scientifique de Georges Cuvier, ce monument consistera dans une statue de marbre, exécutée par M. David, de l'Institut, et qui sera placée au jardin des Plantes, dans la nouvelle galerie d'histoire naturelle. Les fonds nécessaires pour l'érection de cette statue sont, dès à présent, assurés par les souscripteurs.

On espère en réunissant le produit de toutes les souscriptions ouvertes, pouvoir, en outre, fonder un prix annuel ou bisannuel, qui serait décerné par l'Académie des sciences, sous le nom de *Prix Cuvier*, au meilleur ouvrage d'anatomie comparée.

Responsabilité médicale.

M. Thouret-Noroy, docteur en médecine, exerçant à Sainte-Marguerite-de-l'Hôtel, petite commune du département de l'Eure, avait été mandé près d'un sieur Guigne, cultivateur aux Baux-de-Breteil. A la suite d'une saignée pratiquée par M. Noroy il se forma sur le bras de Guigne une tumeur qui obligea le malade à de grandes attentions et que les topiques employés par le médecin ne purent résoudre.

A quelque temps de là, un autre médecin, officier de santé, M. Chouippe, consulté par Guigne, déclara que la tumeur était un anévrysme résultant de l'ouverture de l'artère brachiale faite dans la saignée — pratiqua lui-même l'opération de l'anévrysme qui ne réussit pas et amena la gangrène; — puis, pour remédier à la gangrène, amputa le bras.

Guigne, privé de son bras, assigna le docteur Noroy en dommages-intérêts devant le tribunal d'Evreux. Ce tribunal, sur le témoignage de M. Chouippe et de quelques voisins qui avaient vu *brouir* le sang au moment de la saignée, et qui reprochaient à M. Noroy d'avoir ouvert l'artère et de n'avoir ni prévu ni prévenu les suites de cet accident, condamna le docteur Noroy, à titre d'indemnité du tort qu'il lui avait causé à payer au sieur Guigne, dans le délai de huit jours, la somme de 600 francs, et à lui servir annuellement, à compter de l'introduction du procès, à titre viager et jusqu'à son décès, une somme de 150 francs payables de 6 mois en 6 mois.

C'est à peine si nous osons dire devant nos lecteurs, qui tous le savent aussi bien que nous : 1° Que le témoignage, dans l'espèce, était ridicule; 2° Que rien ne prouve qu'il y ait eu anévrysme; 3° Que, quand même il y aurait eu anévrysme, rien ne prouve qu'il y ait eu de la faute de M. Noroy; 4° Que, quand même il y aurait eu de la faute de M. Noroy, aucune loi ne devait l'atteindre.

Car jamais la loi ne peut atteindre une action médicale, à moins que des circonstances

en dehors de la médecine ne constatent un crime.

Quant à la conduite de M. Chouippe, comment la qualifier; non seulement moralement, mais médicalement?

M. Noroy a interjeté appel de ce jugement, et par l'organe de M^c Homberg, il en a demandé la réformation, en s'appuyant d'une consultation favorable à sa cause, signée de plusieurs des médecins les plus distingués de Rouen et du département, les docteurs Flaubert, Hellis, Leudet, Couronné, Blanche, Des-Allieurs et Pillon père.

La Cour royale de Rouen a confirmé le jugement du tribunal civil d'Evreux; de plus elle a condamné M. Thouret-Noroy, et par corps, en 400 fr. à titre de supplément de dommages-intérêts.

La presse médicale est unanime pour jeter le blâme sur un arrêt dans lequel on ne sait ce qu'il faut le plus admirer, de l'absurdité de l'accusation ou de la facilité coupable de la condamnation par des juges incompétents. — Lors même, ce qui n'est nullement établi, que M. Noroy eût ouvert l'artère brachiale en pratiquant une saignée, nous ne connaissons pas de tribunal qui pût le condamner; quel tribunal condamnerait J.-L. Petit, Desault et d'autres célèbres chirurgiens auxquels le même accident est arrivé? — J.-L. Petit ouvrit un jour l'artère brachiale en faisant une saignée: mais *immédiatement* il appliqua sur l'artère ouverte une pièce de monnaie enveloppée d'une compresse pliée en quatre et maintenue au lieu convenable par un appareil fortement compressif. Aucun accident ne s'ensuivit. C'est sans doute ce qu'aurait dû faire M. Noroy, s'il a eu le malheur d'ouvrir une artère, ce qui est possible, mais ce que rien n'indique: car les battemens dont a parlé M. Chouippe dans son malheureux témoignage pouvaient être *communiqués* à la tumeur par l'artère située au-dessous, comme il est facile de s'en rendre compte en consultant un instant, pour les rapports de position de l'artère brachiale et des veines de l'avant-bras, notre planche n° 8, *Région antibrachiale profonde*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mai. — Rapport favorable de MM. Thillaye et Amussat sur l'établissement de M. Mélécot, connu sous le nom de Bazar chirurgical, dans lequel se trouvent toutes les pièces et tous les appareils de pansement:

Rapport favorable de M. Bricheteau sur une note orthopédique, lue il y a quelques semaines, par M. Pravaz. — M. Itard distingue les déviations de la colonne vertébrale en variables, ou augmentant par la station et la marche prolongées, et en invariables, ou non soumises à ces alternatives d'augmentation et de diminution, suivant les différentes circonstances dans lesquelles se trouvent les malades. Il désire qu'on dise quelle espèce de déviation la méthode de M. Pravaz combat avec succès; car les premières guérissent par le seul repos et le seul décubitus, quelle que soit la machine employée: les autres résistent à toutes les machines.

La lecture d'un rapport de M. Bousquet sur un mémoire de M. Risnéno de Amador, intitulé *Reflexions sur les avantages de l'éclectisme en médecine*, donne lieu à l'échange de quelques

plaisanteries entre MM. les académiciens : on ne traite pas la question.

Rapport de M. Sanson sur un mémoire de M. Desèze, de Reims, intitulé : *Mémoire sur les procédés opératoires employés contre l'engorgement des amygdales, et principalement sur celui de Desault*. M. Sanson ne donne pas, comme l'auteur, la préférence au procédé de Desault; cependant le mérite du mémoire lui fait demander le dépôt aux archives et l'inscription du nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places de correspondans.

Séance du 13 mai. — Rapport favorable de M. Planche sur des capsules de gélatine inventées par M. Dublanc, pharmacien, dans lesquelles on peut renfermer toutes sortes de médicamens liquides ou mous d'une odeur et d'une saveur repoussantes. Approbation de l'Académie.

Séance du 20 mai. — M. Bousquet, au nom du Comité de publication, propose de composer le prochain fascicule des Mémoires de l'Académie des travaux suivans :

1° Rapport de la commission des épidémies; — 2° Mémoire sur l'épidémie du typhus qui a régné au bague de Toulon; — 3° Rapport de M. Paul Dubois sur la version du fœtus; — 4° Mémoire de M. Goyrand sur la rétraction des doigts, avec le rapport de M. Sanson; — 5° Rapport de M. Girard sur le mémoire de MM. Hamont et Fischer touchant la cachexie aqueuse des bêtes à laines en Egypte.

Cette proposition est adoptée.

Malgré les réclamations de M. Maingault, l'Académie ajourne la discussion du rapport de MM. Husson, etc., sur le magnétisme animal.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mai. M. le docteur Trousseau adresse, dans une lettre, quelques détails supplémentaires à son travail sur la trachéotomie dans la période extrême du croup. Depuis trois mois il a pratiqué trois fois cette opération avec succès sur de jeunes enfans âgés de trois à quatre ans.

Le nombre toujours croissant des ouvrages

envoyés pour le concours du prix de médecine Montyon force la commission à annoncer que les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte bien déterminée. — La commission donne aux auteurs un délai de deux mois pour se conformer aux mesures.

— M. Dutrochet fait en son nom et celui de MM. Serres et J. Geoffroy, un rapport sur un mémoire de M. Coste, intitulé : *Recherches sur la génération des mammifères*.

Les observations de M. Coste tendent à établir une analogie complète entre l'œuf de l'oiseau et l'œuf du mammifère quant à leur plan fondamental. — Approuvé par l'Académie, voté l'insertion au recueil des savans étrangers.

— M. Chervin lit la première partie d'un mémoire sur les préjudices occasionés par les quarantaines, en réponse à un mémoire de M. Ségur-Duperron.

Séances du 12 et du 20 mai. — M. Cagniard-Latour adresse une note sur une substance gélatineuse obtenue par la simple action de l'eau et de l'air sur l'alcool. — MM. Dumas et Dutrochet sont chargés du rapport sur cette communication.

Rapport de M. Dumas sur un mémoire de M. Fournet, intitulé : *Observation sur la production des tubercules dans les tuyaux des fontaines de la ville de Grenoble*.

Observations de M. Robiquet sur les différences qui existent entre les garances d'Alsace et celles d'Avignon.

M. Chervin continue la lecture de son mémoire sur les quarantaines.

M. Rognetta écrit à l'Académie qu'il soumet les malades affectés de déviations latérales commençant à porter sur la tête en équilibre, plusieurs heures par jour, une corbeille un peu pesante.

M. Chevallier réclame la priorité sur M. Cavaillon pour l'application du charbon animal à la conservation des sangsues.

M. Siégard envoie pour le concours Montyon un mémoire sur le traitement de la fièvre cérébrale par les frictions mercurielles.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PL. X. RÉGION INGUINALE SUPERFICIELLE.

(Adulte, côté droit grandeur naturelle.)

Indication des parties. — A B, peau de la région ombilicale; C, ombilic; D D, peau de la ligne blanche; E, le pubis; F, le pénis; G, le scrotum; I, H, partie supérieure de la cuisse; a a a, a a a, coupe des tégumens au-devant du flanc droit et de la partie inférieure de l'abdomen sur les parties génitales et le travers de la cuisse; b b b, portion de la couche graisseuse sous-cutanée; b' b' la même couche renversée; c, saillie de l'épine iliaque antérieure; d d d, ligament de Poupart; e, épine du pubis; ff, pilier inférieur ou externe de l'anneau inguinal; g, g, g, pilier supérieur ou interne du même anneau; h h, faisceau fibreux qui soutient le pilier inférieur, et empêche l'écartement excessif de l'anneau; i, fibres aponévrotiques du pilier supérieur gauche; K, origine du muscle pyramidal; l l l, aponévrose du m. grand oblique de l'abdomen;

m, portion des fibres charnues du même muscle; n n, lame celluleuse superficielle qui succède au ligament de Poupart, et descend sur la face antérieure de la cuisse; o o o, la même lame au-devant des muscles adducteur et pectiné; p, p, p, portion du fascia lata.

1 2 3 4 5, ganglions superficiels de l'aîne; 7 artère honteuse externe superficielle; 7' 7' 7', ses divisions; 8, art. tégumentouse abdominale; 8' 8', divisions de cette artère; 9 9 9, artérioles d'origine incertaine; — 12, veine tégumentouse abdominale; 13, veine saphène; 14, tronc de cette veine après qu'elle a reçu la tégumentouse; 15, veine saphène surnuméraire recevant, 16, l'une des tégumentouses abdominales; 17 tronc qui en résulte et va se décharger dans la fémorale.

18, rameau nerveux venant du canal inguinal; 19, 19, 19, rameaux femoraux superficiels.

La description complète de l'aîne sera donnée avec la région *inguinale profonde*.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

TRAITEMENT DES CORPS OU POLYPES
FIBREUX DE L'UTÉRUS.

(Suite et fin.)

Margueritte Morrierre, âgée de quarante-cinq ans, journalière à la campagne, entra à l'Hôtel-Dieu en 1825 ; elle a toujours joui d'une bonne santé, fut toujours bien réglée, et eut plusieurs accouchemens naturels. Il y a deux ans, les règles devinrent plus abondantes, durèrent plus long-temps, sans incommoder cependant la malade. A ces écoulemens sanguins succédèrent des écoulemens en blanc. *Morrierre* y faisait peu d'attention, lorsque, dans les premiers jours d'avril, après quelques efforts, elle sentit une grosseur sortir par les parties génitales. Alarmée de cet accident, elle consulta un médecin, qui l'engagea de venir à Paris, parce qu'elle avait une maladie qui nécessitait une opération.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on voit à la vulve une tumeur arrondie, rougeâtre, que *M. Dupuytren* reconnut pour être un polype. Le doigt porté dans le vagin sent cette tumeur ovoïde se prolonger jusqu'au col de la matrice, à la lèvre postérieure de laquelle elle est implantée par un pédicule assez large; elle est dure, lisse, évidemment de nature fibreuse. *M. Dupuytren* propose l'opération; la malade, très bien portante d'ailleurs, l'accepte avec empressement, et, le 10 avril, elle est portée à l'amphithéâtre, après avoir été baignée.

Placée comme pour l'opération de la taille, la vulve écartée par les deux doigts de deux aides, la tumeur est saisie avec des pinces de Museux, puis attirée au-dehors de manière à mettre bien en évidence le pédicule. *M. Dupuytren* examina attentivement si ce n'était pas le col de l'utérus renversé; mais cette crainte étant bientôt dissipée, en quelques coups de ciseaux il détacha le polype du col de la matrice, après avoir eu soin d'inciser au-delà du pédicule de la tumeur.

Aucun écoulement de sang ne se fit; la malade retourna de son pied à son lit, se trouvant parfaitement bien.

Cependant, après quelques heures; lorsque le spasme fut dissipé, la chaleur également répartie, du sang s'écoula assez rapidement pour effrayer la malade. Quelques lotions d'eau froide faites sur l'hypogastre, cet écoulement ne s'arrêta pas. Plusieurs palettes de sang s'étaient écoulées, la malade pâlisait beaucoup; on fait dans le vagin un léger tamponnement avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau vinaigrée. Le sang fut arrêté immédiatement pour

ne plus reparaitre. Le reste de la journée la malade se trouva bien; la nuit elle a un peu de sommeil.

La tumeur est arrondie, du volume d'un œuf de poule, dure, élastique, évidemment fibreuse. Incisée par son milieu du sommet à la base; elle est formée à l'extérieur par une enveloppe cellulo-fibreuse qui peut en être détachée; de cette enveloppe partait le prolongement qui s'unissait au col de l'utérus. Ce pédicule a plusieurs lignes d'étendue transversalement; dans le sens inverse, il est assez étroit. C'est sur lui que la section a été faite, et par conséquent au-delà de la tumeur elle-même. Celle-ci est formée de faisceaux fibreux blanchâtres, dirigés et entrecroisés en tous sens: incisée dans tous les sens, elle offre toujours le même aspect. A l'intérieur, il n'y a aucune trace de vaisseaux sanguins; l'enveloppe extérieure a une teinte rouge qui tient à ce qu'elle a été long-temps baignée par le sang: il y a aussi quelques petits vaisseaux.

Le troisième jour, le tamponnement tombe de lui-même avec quelques caillots. Le bien continue. Jusqu'ici la malade avait gardé le repos le plus absolu, maintenue à la diète la plus sévère et à l'usage d'une boisson délayante. On permit quelques bouillons, puis des potages, et successivement des potages plus solides et en plus grande quantité. Peu à peu les forces se rétablissent, la malade se lève et se fortifie davantage; bientôt elle peut sortir, se trouvant parfaitement guérie et débarrassée des pertes.

La nommée *Jeanne Moncouteau*, âgée de cinquante ans, veuve, journalière, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une faible constitution, cessa, il y a quatre ans, d'être menstruée, mais elle fut prise d'un écoulement en blanc très abondant, avec vives coliques, douleurs lombaires et inguinales. Quelques bains tièdes dont la malade fit alors usage lui procurèrent un peu de soulagement. Une année après, pertes en rouge, qui se répétèrent deux et trois fois par mois, quelquefois à des distances plus éloignées; elles étaient accompagnées de faiblesse, d'un état de langueur générale. Elle vint à l'Hôtel-Dieu dans une salle de médecine, le 18 avril 1818, où le toucher fit reconnaître dans le vagin la présence d'une tumeur volumineuse, lisse, égale à sa surface, remplissant en totalité la cavité du vagin, dont elle avait distendu les parois; on ne pouvait que très difficilement, et en causant de vives douleurs à la malade, parvenir jusqu'au col de l'utérus pour s'assurer de l'origine de la tumeur; pour y parvenir, le médecin fut obligé de se placer au côté gauche de la malade, d'insinuer le doigt indi-

cateur de la main du même côté entre la tumeur et le vagin. Arrivé au col de l'utérus, il put explorer tout le côté droit de la circonférence, et se convaincre que la tumeur ne s'implantait point sur cette partie; il en fit de même pour le côté gauche, se plaçant à droite de la malade. Plusieurs praticiens explorèrent et eurent tous la même idée de la maladie.

Amenée dans les salles de chirurgie, le 21 avril 1818, elle était dans l'état suivant :

La face était pâle, jaunâtre, triste; les yeux ternes, la peau sèche et terreuse; la parole faible, le pouls petit et lent, peu d'appétit; mauvaises digestions, qui étaient laborieuses; lassitudes et pesanteurs dans les lombes et dans les cuisses, coliques fréquentes, écoulement en blanc par le vagin: on sentait dans cette cavité une tumeur lisse à sa surface, dure, résistante, qui la remplissait complètement, et en avait distendu les parois.

La malade couchée sur le lit de la taille, les cuisses écartées l'une de l'autre et fléchies sur le bassin, comme pour cette opération, M. Dupuytren, avec sa main gauche écarta les deux grandes lèvres; de la main droite, armée d'une pince de Museux, il saisit la tumeur, qui paraissait un peu au-dehors, et qu'un aide pressant fortement sur l'hypogastre, faisait sortir le plus possible; il exerça dessus des tractions qui terminèrent par l'amener à la vulve; il saisit la tumeur transversalement avec une seconde pince de Museux, chercha à lui faire franchir l'orifice inférieur du vagin, mais ne put y parvenir à cause de l'étroitesse de cette cavité, la malade n'ayant jamais eu d'enfants. Il pratiqua dès-lors une incision d'un demi-pouce à la commissure postérieure, puis il appliqua une troisième pince de Museux sur la tumeur, qu'il amena au-dehors. Avec des ciseaux courbés sur le plat, il coupa en contondant le pédicule de la tumeur.

La première journée qui suivit l'opération, la malade était assez bien; le soir, elle n'éprouvait aucune douleur.

Le deuxième jour, la malade se plaignait de quelques douleurs dans l'hypogastre; le sommeil avait été tranquille, le pouls était petit, il y avait eu un léger frisson le matin. On la fit passer dans la salle de médecine, d'où elle venait, le 1^{er} mai 1818; elle y resta quelques jours, et sortit parfaitement guérie.

La tumeur pouvait avoir le volume d'un œuf de poule d'Inde; elle était blanchâtre, lisse à sa surface, dure; elle offrait dans plusieurs points des vaisseaux capillaires remplis de sang; la base, qui faisait saillie dans le vagin, offrait de légères inégalités; son sommet était assez lisse, en arrière, il offrait le pédicule qui avait trois à quatre lignes de diamètre; il était blanchâtre et n'offrait pas de vaisseaux sanguins. La tumeur incisée verticalement, offrait un tissu fibreux dans tous les points de son étendue; ses fibres s'entrecroisaient dans des directions différentes; une sorte de kyste cellulo-fibreux, épais de deux lignes, assez adhérent à la tumeur, formait son enveloppe extérieure.

La nommée *Marie-Jeanne Greaux*, âgée de quarante-quatre ans, journalière, d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, bien réglée, mère de huit enfans, n'avait

jamais eu que des fleurs blanches, lorsqu'il y a un an, et depuis à chaque époque des règles, elle fut prise d'un écoulement en rouge très abondant qui la jetait dans un état de faiblesse extrême, et cessait bientôt pour reparaitre le mois suivant; le coït n'avait jamais été douloureux. Un mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle éprouva, pour la première fois, des douleurs dans les jambes et des tiraillemens dans les aines. Il y a huit jours qu'en faisant des efforts pour aller à la garde-robe, la malade sentit un corps descendre dans le vagin, de là à la vulve; elle le palpa avec ses doigts, et le fit ensuite remonter facilement sans éprouver de douleurs.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, le 6 novembre 1818, elle était dans l'état suivant :

La malade avait le teint pâle, blafard; le visage décoloré, demi-transparent, anémique, l'air languissant. Toutes les fonctions s'exécutaient librement, l'excrétion des urines et celle des matières fécales se faisaient sans difficulté ni douleur; le doigt indicateur enduit de cérat, introduit dans le vagin, y fit reconnaître la présence d'une tumeur à deux pouces à peu près de la vulve, dont la surface paraissait être arrondie, lisse, dure et rénitente; elle pouvait avoir le volume d'un œuf de poule; il était possible de tourner autour d'elle; son insertion avait lieu par un pédicule étroit à la face interne et inférieure du col de l'utérus. M. Dupuytren, ayant reconnu la nature de la maladie, pratiqua l'extirpation du polype de la manière suivante :

La malade placée sur le côté droit de son lit, les cuisses tenues fléchies sur l'abdomen par deux aides, et écartées l'une de l'autre, M. Dupuytren écartant les grandes lèvres avec sa main gauche, on aperçut alors la tumeur à deux pouces de la vulve: il la saisit avec des pinces de Museux, dont les mors étaient dirigés d'avant en arrière, et il l'attira au-dehors; puis, avec une autre paire de pinces de Museux transversalement placées, le bord radial de la main gauche placé sous la tumeur, il fit exécuter un mouvement de bascule; il coupa ensuite, en plusieurs temps, le pédicule avec des ciseaux courbés sur leur plat; il ne s'écoula pas de sang; le toucher fit reconnaître l'orifice du col de l'utérus, qui était béant. Dans la journée, il s'écoula deux cuillerées à peu près de sérosité rougeâtre; le ventre était souple, l'état général très-bon; elle sortit très bien portante le 7 novembre 1818, le lendemain même de son entrée.

La tumeur était ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule; elle était blanchâtre, rénitente, lisse à sa surface externe, environnée d'une membrane celluleuse. Partagée verticalement, son tissu était fibreux, peu extensible; il fallait employer beaucoup de force pour parvenir à le déchirer; ses fibres avaient des directions très variées, s'entrecroisaient. Le pédicule était court et rétracté; il offrait la même organisation que la tumeur.

Observations sur un polype fibreux, incisé sur la partie interne du col de la matrice; par M. CHARLES GALINOTTI (28 mai 1828).

Julie Stéphon, fille, âgée de cinquante-cinq ans, est petite, maigre, d'une complexion délicate, non réglée depuis une sixaine d'années.

Le 11 avril, interrogée sur son état, elle nous apprend qu'à une époque déjà reculée (dix-huit mois environ), elle commença par éprouver un sentiment de pesanteur à la matrice; que peu après ses règles lui semblèrent reparaitre, qu'en effet elle *marquait*, ce qui la flattait d'un rajouissement, mais qu'elle s'aperçut bientôt, qu'avec cet écoulement rouge alternait une perte en blanc; depuis lors, le sentiment de gêne n'a fait qu'augmenter, et il s'accompagne aujourd'hui de douleurs aux reins, de pesanteur au fondement, de tiraillement aux aines, aux cuisses, de difficultés à aller à la garde-robe, et d'un besoin fréquemment renouvelé de rendre les urines, ce qui lui arrive jusqu'à huit fois par jour.

La perte est continuelle et assez abondante.

A l'inspection, on a reconnu l'existence d'une tumeur plus grosse que le poing, que l'on a soupçonnée de nature fibreuse; elle était dure, résonnant comme du bois, remplissait le vagin et avait refoulé très haut le col et le corps de la matrice.

L'état général de la malade ne saurait contre-indiquer l'opération, bien qu'elle se plaigne d'être faible, et dise ressentir quelques douleurs vagues de poitrine.

Le 14 avril, la malade a été conduite à l'amphithéâtre; placée sur un lit élevé, les cuisses écartées et maintenues par des aides.

L'orifice du vagin est peu dilaté, la femme n'ayant jamais eu d'enfant: deux doigts d'une main ont été introduits dans le rectum, à l'effet d'aider la descente de la tumeur; l'autre main armée d'une pince de Museux a saisi la tumeur dans le vagin; des tractions méthodiques ont été exercées, le corps a paru à l'entrée de la vulve, et l'on a pu remarquer un reflet blanchâtre, particulier à la nature de la tumeur, que l'on avait soupçonné être fibreuse. Le périnée se distendait très fortement, le volume du polype allait nécessairement entraîner la déchirure; une incision est faite à la fourchette avec un bistouri boutonné, et après quelques tractions, exercées par l'opérateur, aidées des efforts de la femme, on voit paraître entièrement hors de la vulve un corps ovoïde ayant le volume d'une tête ordinaire d'enfant à terme, présentant à son sommet un pédicule étroit de la grosseur du petit doigt, de la longueur d'environ deux pouces, que l'on reconnut s'implanter à la partie interne du col de la matrice.

La résection du pédicule est opérée à l'aide des ciseaux, et ne donne lieu qu'à un écoulement sanguin très modéré. On doit noter qu'au moment où la tumeur a franchi le vagin, il s'est échappé un flot de sang livide, comme dans un véritable accouchement.

La malade ainsi délivrée, a été reportée dans son lit; il a été prescrit des injections d'eau vinaigrée, au cas d'hémorrhagie un peu considérable, et le tamponnement, au cas que la perte devint alarmante.

Examen anatomique du polype.

La tumeur était du volume de la tête d'un enfant à terme, comme nous l'avons dit; son poids a été trouvé de sept onces; elle offrait à son sommet un tubercule arrondi, lisse, entier, ne faisant pas continuité avec le tissu de la

matrice; elle était revêtue à l'extérieur d'un tissu muqueux, dont les vaisseaux étaient manifestement injectés; ce tissu n'était pas adhérent avec elle, et pouvait en être facilement séparé, la tumeur était au-dessous, blanche et resplendissante; sa texture dense, résistante; elle ne pouvait être déchirée que très difficilement, ne se coupait également qu'avec difficulté et criait sous le bistouri; l'intérieur présentait un aspect resplendissant, une teinte blanche.

Ce polype fibreux s'était manifestement développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux, la muqueuse l'enveloppait de toutes parts en se réfléchissant au point de l'implantation du pédicule.

Le 15 avril, la malade se trouvait dans l'état le plus satisfaisant, le lendemain de l'opération; la perte consécutive de sang n'a pas été considérable; elle a été évaluée à une perte. La nuit a été bonne, il y a eu peu de fièvre, la malade ressentait à peine quelques douleurs au bas-ventre.

Le 17 avril, disparition des douleurs légères du bas-ventre; mieux continu, les 18, 19, 20; enfin sortie de la malade le 1^{er} mai, quinze jours après l'opération, dans un état de guérison parfaite.

— La nommée *Carbonnet*, âgée de 37 ans, mariée, ayant eu plusieurs enfans, s'est présentée à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 25 mars 1829; elle a été admise le même jour à l'hôpital et placée au n^o 36 de la salle Saint-Jean.

Le 26, à la visite, la malade a déclaré avoir depuis cinq ans des pertes, tantôt en blanc, tantôt en rouge; elle fit à cette époque un accouchement laborieux. Depuis lors elle a ressenti de la pesanteur dans la matrice, sans cependant éprouver de douleurs ni aux lombes, ni à la région des reins. Son teint présente la couleur jaune qui affecte ordinairement les individus épuisés par des pertes ou des hémorrhagies abondantes. Les chairs sont flasques.

M. Dupuytren l'ayant touchée, a reconnu une augmentation de volume dans la matrice. Son col dilaté présentait une ouverture de la largeur d'une pièce de 1 franc. En introduisant le doigt dans cette ouverture, il a reconnu une tumeur, lisse, arrondie, de la grosseur d'une noix, qui faisait une légère saillie à l'orifice interne du col utérin.

Le 28, en touchant le ventre, on découvre une tumeur molle, fluctuante, ovoïde, simulant parfaitement, par sa position entre l'ombilic et le pubis, la vessie distendue par l'urine. On sonde la malade espérant que l'écoulement de l'urine ferait disparaître cette tumeur, mais il coula fort peu d'urine et la tumeur resta la même. M. Dupuytren pense que c'est uné hydropisie développée dans quelques-uns des anneaux de l'utérus. Il n'y a pas de perte.

Le 30, l'écoulement en rouge a reparu; il persiste.

Le 1^{er} avril, on voit le polype qui fait saillie dans le vagin, M. Dupuytren reconnaît son implantation sur le fond de la matrice. L'écoulement persiste aussi le 2 et le 3; le 4, l'écoulement est le même et M. Dupuytren se décide à l'opération.

La malade étant placée sur le bord du lit, les

cuisses fléchies et écartées, M. Dupuytren introduit dans le vagin le spéculum utérin. Il engage le col de la matrice et le polype dans l'ouverture du spéculum. Il saisit ce polype avec une pince de Museux, dont il a modifié les anneaux de manière que le spéculum puisse être retiré sans lâcher la tumeur. Cela fait, il tire avec précaution sur la tumeur qu'il amène facilement au niveau de la vulve. Il la saisit plus près de son insertion avec une autre pince, et au moment où il s'apprête à couper avec des ciseaux le pédicule devenu très apparent : celui-ci se détache du fond de la matrice et l'opération se termine par arrachement sans douleur ni hémorragie. La malade n'éprouve aucun accident.

Le 8, la guérison était complète.

Le polype présente la grosseur d'une noix ; il est pyriforme, d'une consistance dure, présentant une texture fibro-cellulaire ; sa couleur est rouge, son pédicule assez allongé et terminé par des inégalités qui indiquent la manière dont il a été extirpé.

Polype fibreux de l'utérus. — Mort avant toute opération.

La nommée *Piet* (Rosalie), âgée de 44 ans, journalière de profession, fut conduite à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours d'octobre 1833 et placée dans une salle de médecine, d'où elle fut plus tard transférée dans le service de M. Dupuytren, salle St-Jean, n° 20. Cette femme de constitution grêle, de tempérament lymphatique, nous dit qu'elle avait été mère de quatre enfans dont elle avait accouché heureusement du dernier, il y a 8 ans ; elle a été bien réglée jusqu'à 43 ans ; avant d'avoir éprouvé aucune douleur ni aucune perte, elle s'infltra des membres inférieurs ; cet œdème se dissipa par le repos et le séjour du lit. Six mois après, elle commença à avoir une perte, tantôt rouge tantôt blanche, qui a continué jusqu'à présent ; depuis deux mois seulement, sont survenues des douleurs dans le bassin. Lorsque la malade fut soumise à notre observation, le membre inférieur du côté gauche était fortement œdématié, douloureux à la pression, le membre inférieur droit était sain ; la malade n'éprouvait aucune douleur en urinant ou en allant à la selle, mais bien un sentiment de pesanteur dans tout le bassin ; elle avait une perte abondante dont la couleur passait alternativement du rouge au blanc, sans odeur fétide ; le ventre était tendu, volumineux, dur et présentait dans l'hypogastre et du côté droit une tumeur du volume du poing et un peu mobile dans la cavité du bassin. Le doigt introduit dans le vagin sentait, à sa partie supérieure, une tumeur du volume d'un œuf, dure, lisse, arrondie, se terminant en haut par un pédicule qui s'enfonçait dans la cavité de l'utérus. Tout autour de ce pédicule on pouvait passer le doigt, mais celui-ci était pressé par le col de l'utérus qui embrassait le pédicule de la tumeur ; on ne pouvait sentir avec le doigt le point d'implantation du pédicule, il était trop haut placé. La malade avait une petite fièvre dénotée par la chaleur de la peau, la fréquence du pouls : elle présentait du reste l'altération de la face, la coloration de la peau particulières aux personnes

affectées de maladies organiques ou de celles qui ont supporté des pertes utérines abondantes. On ne pouvait dès-lors songer à débarrasser cette malade de son polype : on chercha à dissiper l'engorgement douloureux du membre inférieur gauche par des fomentations émollientes et résolutes et un régime adoucissant, on n'obtint aucun succès ; et deux jours après, la malade était encore plus souffrante. L'engorgement de la cuisse ne diminuait pas, la fièvre redouble ; il y eut de la douleur dans le bas-ventre, de la difficulté en urinant et du dévoiement. Des cataplasmes sur l'abdomen, des bains, des boissons adoucissantes, ne peuvent arrêter ces accidens ; le ventre devint encore plus tendu et plus douloureux, et la malade succomba le 14 novembre, six jours après son entrée.

Son autopsie fut faite le lendemain. Le cadavre était amaigri, œdématié dans le membre inférieur gauche, la cuisse surtout était très volumineuse. La paroi antérieure de l'abdomen ayant été incisée et soulevée, nous trouvâmes le petit bassin rempli de sérosité purulente dans le milieu de laquelle nageaient des flocons albumineux très abondans, une fausse membrane existait sur tous les organes renfermés dans le petit bassin ; elle était épaisse, albumineuse, peu adhérente aux parties qu'elles recouvrait. L'utérus déjeté à gauche avait son volume ordinaire, mais les ligamens ronds étaient beaucoup plus gros qu'on ne les trouve ordinairement, surtout celui au côté droit. Le bassin était occupé, en outre des organes qu'il doit contenir, par une tumeur du volume du poing, placée à droite de l'utérus duquel elle prenait naissance : cette tumeur était dure, un peu bosselée, et nous a paru être formée par un ou plusieurs corps fibreux. Le vagin ayant été incisé par sa face antérieure, nous trouvâmes saillant à travers l'orifice du col de l'utérus une tumeur du volume d'un œuf, blanchâtre, ou plutôt jaunâtre, pyriforme, lisse, parsemée à sa surface de vaisseaux sanguins capillaires, injectés assez fortement ; le col de l'utérus ayant aussi été incisé, nous constatâmes que cette tumeur était portée par un pédicule du volume du petit doigt, qui allait s'implanter dans la cavité interne sur son côté gauche. Le col de l'utérus était presque complètement effacé, c'est à peine s'il restait en arrière un léger cul-de-sac qui indiquât son point d'union avec le vagin ; l'utérus avait son volume normal ; le polype de la forme exacte d'une poire, dont le pédicule représentait la queue, était recouvert par une membrane qui paraissait se continuer avec celle qui tapisse la cavité utérine. Le polype ayant été conservé dans l'alcool il ne fut permis de faire aucune recherche sur son organisation, sur son mode d'implantation, sur l'existence des vaisseaux qui pouvaient se trouver dans son pédicule, non plus que sur la nature de la tumeur qui faisait saillie dans la cavité du bassin.

Au n° 24 de la salle Saint-Jean, fut couchée *Angélique Boursier*, âgée de 44 ans. Cette femme d'un tempérament nerveux, sanguin, d'une constitution assez bonne, a eu trois accouchemens heureusement terminés et dont le dernier remonte à 15 années. Depuis, ses rè-

gles sont toujours venues régulièrement, et assez abondantes; seulement, depuis quelques mois, elles étaient précédées et suivies, pendant quelques jours, d'écoulemens en blanc; toutefois sa santé n'était en rien altérée du reste et son embonpoint assez satisfaisant, lorsqu'il y a deux mois elle fut prise de coliques assez violentes, suivies d'une perte très abondante; les selles devinrent rares et douloureuses. Ces différens symptômes furent combattus par des cataplasmes sur l'hypogastre et la tisane d'orge perlé. Mais voyant que ces moyens n'avaient apporté aucun soulagement à ses maux, elle se fit admettre à la clinique le 15 janvier 1833.

Le 16 au matin, elle nous offrit les symptômes suivans :

Constipation depuis quelques jours, pesanteur à l'anus; nulle douleur, nulle difficulté en urinant. Quelques coliques, le pouls naturel, la peau sans chaleur fébrile, les parties génitales externes saines. Ici, le toucher pratiqué fait reconnaître dans le vagin, à un pouce et demi à peu près de son orifice extérieur, une tumeur assez volumineuse d'une consistance ferme dans certains points et plus molle dans d'autres, nullement adhérente aux parois du vagin, ayant la forme d'une poire dont la grosse extrémité est dirigée en bas et dont le pédicule arrondi, pénètre dans le col utérin, qui forme autour de lui un bourrelet circulaire distinct, limité en dehors par une rainure également circulaire laquelle est terminée en cul-de-sac et répond à la partie la plus élevée du vagin. Ce qui indiquait évidemment un polype de l'utérus, ayant déjà franchi le col de l'utérus. Du reste, l'écoulement sanguin qui n'a pas cessé depuis la première perte, mais qui a diminué peu à peu, ne répand aucune fétidité.

Le 18, la présence de ce polype déterminait une constipation assez opiniâtre; un laxatif débarrasse la malade des matières fécales retenues dans le rectum, et elle s'en trouve tellement soulagée qu'elle hésite à se soumettre à l'opération qui seule peut la débarrasser de son affection.

Les jours suivans, la malade se plaint de quelques malaises; elle accuse des douleurs de tête, d'estomac, une grande faiblesse, et tout cela, du moins on le présume, est en partie feint pour se dispenser de se soumettre à l'opération.

Le 21, elle a une perte en rouge assez abondante; on juge à propos de différer encore.

Le 22, l'exemple d'une autre malade opérée heureusement d'un semblable polype engage celle-ci à se soumettre à l'opération qu'elle demande elle-même. On la fait le jour même de la manière suivante :

La malade placée comme pour l'opération de la taille, les cuisses écartées par deux aides, on fait écarter les grandes lèvres, et l'on put alors facilement apercevoir dans le vagin une tumeur d'une couleur grisâtre. L'opérateur saisit le polype avec une forte pince de Museux, mais il fut bientôt obligé d'en employer une seconde, le polype se laissant déchirer par la première. Pendant ce temps on recommanda à la malade de faire effort pour expulser le polype; enfin on parvient ainsi à lui

faire franchir l'orifice inférieur du vagin. Alors M. Dupuytren saisit son pédicule avec le pouce et l'index de la main gauche, et à l'aide de longs ciseaux courbés sur leur plat, en deux ou trois coups l'excision est achevée. La malade s'est plainte de douleurs assez vives causées sans doute par les tiraillemens de la matrice; il ne s'écoule que quelques gouttes de sang. M. Dupuytren redoute des accidens pour cette malade.

23. Hier, la malade a éprouvé des douleurs dans le ventre; application de vingt sangsues. Ce matin, les douleurs ont disparu, la malade est dans un état satisfaisant. Le ventre est toujours souple et indolent, le pouls naturel. Un suintement sanguinolent a lieu par le vagin. Le deuxième jour se passe encore très bien. Le soir la malade s'était endormie lorsqu'un violent frisson accompagné de céphalalgie la réveille; on la réchauffa avec peine, pourtant elle put se rendormir. Au réveil la céphalgie a augmenté, la face est animée, le pouls plein et fort, la peau couverte de sueur. Le ventre conserve sa souplesse et son indolence. Le pouls est tombé dans la journée et la malade se trouve un peu mieux.

Le 25, elle se plaint que ses couvertures l'accablent, on les soutient par un cerceau. A midi nouveau frisson plus violent que le premier, et qui dure trois quarts d'heure. Le bas ventre est douloureux, le pouls petit, serré, très fréquent. Nouvelle application de sangsues. Bain dans la nuit.

Le 26, facies altéré, envies de vomir, pouls faible, malaise, étouffement, peau froide, langue sèche, soif. Nul écoulement n'a lieu par le vagin, et quoique la malade n'ait pas eu de selles depuis cinq jours le ventre est encore indolent et souple à la pression. Les urines coulent toujours bien. On prescrit de la tisane d'orge avec addition de deux onces de miel.

A midi un peu d'agitation, puis prostration rapide. Mort à trois heures.

Autopsie faite le troisième jour.

Rien dans la tête, rien dans la poitrine qui puisse expliquer la mort; rien dans le système circulatoire. Le péritoine est sain et pâle, les intestins à l'état normal. Dans ce bassin, on voit la matrice adhérente aux parties voisines, au moyen de brides celluleuses; on trouve aussi là une petite quantité de pus. La matrice, isolée et fendue par moitié, paraît hypertrophiée; elle a plus d'un pouce d'épaisseur dans ses parois, sa couleur est pâle dans la plus grande partie de son étendue. Rien dans le vagin; la face interne est d'un rouge violacé. On trouve à la partie postérieure du col des inégalités saillantes qui sont évidemment les restes du pédicule du polype. Ils étaient d'un rouge brun, ramollis, en putrilage. La vessie était vide et légèrement épaisse à sa paroi qui est contigue à la matrice. Ce qui paraît devoir dépendre du voisinage de l'inflammation de la matrice, inflammation qui, d'après l'avis de M. Dupuytren, a dû précéder l'opération. Les lésions anatomiques indiquent une affection un peu ancienne et remontant à coup sûr à une époque plus reculée que quatre jours et demi.

Au n° 36 de la salle St.-Jean, est couchée la

femme A**, d'une taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, d'un tempérament lymphatico-sanguin, blanchisseuse de son état et mère de trois enfans. Elle est âgée de quarante-six ans. Il y a trois mois sa santé était encore bonne : il y a deux mois seulement, vives douleurs aux reins, aux aines, pertes sanguinolentes au début, douleurs en urinant et en allant à la selle, sentiment de pesanteur au rectum ; depuis huit jours écoulement blanc et fétide par les parties.

Etat actuel. — 16 janvier 1833.

La malade est pâle, ses pommettes sont colorées en rouge, elle n'est pas réglée ; elle éprouve des tiraillemens, des douleurs fortes aux reins, aux aines, un sentiment de pesanteur aux parties ; les digestions se font bien, la défécation est néanmoins un peu douloureuse. Elle se plaint parfois de coliques ; la pression sur l'abdomen est douloureuse, surtout quand on l'exerce sur la vessie. Urines peu faciles, douloureuses. Du reste, la respiration est naturelle, la circulation normale.

Les parties externes de la génération sont rouges, évidemment enflammées ; écoulement séro-sanguinolent par le vagin, fétide ; museau de tanche douloureux. De la partie profonde de la matrice descend un polype fibreux surmonté d'un pédicule de la longueur du doigt médius, de l'épaisseur du pouce. Ce pédicule passe par une scissure qui existe le long du col de l'utérus. Un doigt introduit dans les parties le circonscrit et reconnaît qu'il s'insère dans l'intérieur de la matrice. Le col est libre. Le polype est pyriforme ; sa partie inférieure est légèrement bosselée, de consistance molle ; elle fait saillie dans le vagin, et cède assez facilement à des tractions légères.

Opération par excision. — 21 janvier.

Pour couper le pédicule qui est placé assez haut dans le vagin, M. Dupuytren fait coucher la malade sur un demi-lit très élevé : la malade est sur le dos. Ses jambes sont fléchies sur ses cuisses, et retenues par deux aides.

Au moment où M. Dupuytren veut saisir le polype, il ordonne à la patiente de pousser, et de faire des efforts comme pour accoucher ou aller à la garde-robe. Le polype est saisi avec une ou deux pinces de Museux. Le doigt indicateur de la main gauche introduit dans le rectum pousse le polype de dedans en dehors, lorsque la main droite opère des tractions modérées pour le faire sortir. Une fois hors des parties, des ciseaux courbes, forts, très longs, afin d'aller couper le pédicule le plus loin possible dans le vagin, sont introduits, et l'excision est terminée. La section n'a presque pas été suivie d'écoulement de sang.

Prescription : Repos, — trois bouillons, — violette édulcorée, — potion gommeuse.

(La malade tousse un peu.)

22 janvier. — Sang écoulé par le vagin, une cuillerée au plus. Aucun écoulement de matières blanches fétides n'a eu lieu ; pas de frissons, nulle envie de vomir après l'opération. — Plus de douleurs aux reins, aux lombes, au bassin. Sommeil la nuit. La malade éprouve encore de légères douleurs en urinant. — Pas de selle. Avant l'opération on avait donné un lavement purgatif à la malade.

Prescription : Il est recommandé à la malade de ne pas s'exposer au froid. — Repos, — trois bouillons, — violette édulcorée, — potion gommeuse.

23 janvier. — Nulle douleur aux reins, aux aines. — Urines faciles. — Pas d'écoulement blanc ; une cuillerée au plus de sang sur la chemise.

Prescription : Lavement purgatif, — violette édulcorée, — potion gommeuse, deux bouillons.

4 février. — La malade sort aujourd'hui parfaitement guérie, n'éprouvant de douleur nulle part.

Examen du polype.

Pédicule. — Sa longueur, celle du doigt médius ; son épaisseur, celle du pouce. Consistance forte ; couleur légèrement rosée à l'extérieur, blanchâtre à l'intérieur. Des vaisseaux réunis par du tissu cellulaire, et recouverts par la membrane muqueuse de l'utérus les constituent.

Corps du polype. — Volume, celui d'un poing ordinaire ; forme, celle d'une poire. Il n'a pas été pesé. Couleur, d'un blanc gris dans les points qui ne sont pas enflammés. La partie inférieure est livide et ulcérée dans l'étendue d'un pouce. Il est dur et consistant comme la substance inter-vertébrale. Il est élastique et ne se déchire pas lorsqu'on le laisse tomber. Dans quelques endroits il est bosselé.

Composition. — Une membrane muqueuse le recouvre ; à l'intérieur de cette membrane se trouve un tissu formé par des fibres blanches entrecroisées dans tous les sens ; du tissu cellulaire en plus ou moins grande quantité réunit ces fibres. Quelques vaisseaux se font remarquer dans son intérieur.

PAILLARD ET MARX.

ÉPIDÉMIE DE LA SALPÉTRIÈRE,

En mars 1834, par M. DECHAMBRE, élève interne de cet hôpital.

On se rappelle que dans le courant de l'été de 1831, qui fut marqué par des pluies abondantes, des journées chaudes et des matinées fraîches, une grande partie de la France fut parcourue par une légère épidémie qui fut connue sous le nom de grippe. En 1832, elle fut remplacée par une autre, plus terrible, dont elle avait été peut-être le signe précurseur ; mais elle reparut, quoique moins intense, en 1833. Ce fut alors seulement que je pus l'observer avec quelque fruit, à l'hôpital de la Pitié ; trop jeune, avant cette époque, dans l'observation médicale, j'avoue que j'avais peine à partager une opinion qui était pourtant celle de la plupart des praticiens et qui assignait à cette maladie son siège dans la muqueuse trachéo-bronchique. Je m'étais attaché surtout à étudier non pas seulement l'ensemble des symptômes qui la constituaient, mais l'ordre suivant lequel chacun d'eux s'était développé, et, autant que possible, la distance qui les avait séparés les uns des autres ; et j'avais observé, à cet égard, tant de diversité, j'avais surtout vu si souvent, dans des cas auxquels personne ne refusait le

nom de grippe, l'appareil respiratoire rester immobile, ou ne manifester sa souffrance que par quelques secousses de toux, au milieu du soulèvement des autres principaux organes, que mon esprit se refusait à restreindre dans un appareil quel qu'il fût, une maladie qui me semblait si variable et par ses symptômes et par le siège de ses caractères anatomiques. L'hospice de la Salpêtrière vient d'être envahi dans le courant du mois de mars 1834 par une épidémie semblable; je dis semblable, parce qu'en effet chez les jeunes filles ou chez les adultes, elle s'y présente absolument avec les mêmes caractères; mais elle prend chez les vieilles femmes une physionomie spéciale qu'il est curieux d'étudier, en même temps qu'il est nécessaire d'indiquer la ligne sur laquelle viennent se confondre ces deux nuances d'une même affection. Je ne puis le faire sans rapporter un certain nombre d'observations particulières: ce sera la première partie de mon travail. La seconde comprendra les réflexions générales que m'aura suggérées la méditation consciencieuse des faits que nous aurons observés. Dans la troisième, je placerai l'histoire générale de l'épidémie.

—
PREMIÈRE PARTIE.

Observation 1^{re}. — Une femme âgée de trente-un ans, d'une constitution un peu sanguine, est prise tout-à-coup, le 24 mars, d'un frisson violent, suivi bientôt de céphalalgie de toux, de nausées, sans qu'il lui fût possible de dé mêler aucun ordre de succession dans l'apparition de ces différens symptômes. Je l'observe le lendemain matin: courbature et faiblesse musculaire; augmentation de la céphalalgie; face rouge; étourdissemens; angine; continuation des nausées; langue blanche; anorexie; soif; constipation; aucune douleur à l'épigastre ni dans le reste du ventre. Toux peu intense; crachats muqueux sans viscosité, peu abondans; peu de douleurs dans la poitrine; peau chaude et moite; pouls plein, large, dur, lent, régulier. Sonorité bonne et respiration pure dans toute l'étendue du thorax. Cette femme huit jours auparavant, avait déjà éprouvé les mêmes accidens, dont elle avait seulement conservé le léger mal de gorge que j'ai noté. — Dix sangsues sont appliquées à l'angle de chaque mâchoire; et dès le lendemain, il ne reste plus qu'un peu de blancheur de la langue et quelques secousses de toux sèche: la guérison est complète le surlendemain.

Je pourrais rapporter un grand nombre d'observations semblables, où l'on ne saurait voir aucune concentration de la maladie dans les organes de la respiration. Les malades toussaient, dira-t-on; oui, sans doute; mais ils avaient des nausées, de la soif, de l'anorexie, du mal de gorge, du coryza, de la céphalalgie, des étourdissemens; mais tout le développement des symptômes avait été simultané: tous les organes avaient commencé à souffrir en même temps. Pourquoi donc cette sorte d'autocratie si arbitrairement invoquée en faveur de l'appareil respiratoire? Les bronches se révoltent contre l'air qu'elles inspirent ou contre les mucosités qui les traversent, elles s'enflamment

même, parce qu'elles sont sous la même influence que l'estomac qui repousse les ingesta, que le cerveau qui réagit contre les sensations pénibles qui l'assiègent. Et quand même on persisterait à accorder une attention exclusive à la bronchite, quelque peu intense qu'elle fût, je demanderai encore comment il se fait qu'une lésion aussi minime s'en vienne, chez tous les malades, d'une manière épidémique, mettre en jeu simultanément tant de sympathies, que la pneumonie la plus franche ébranle souvent à un moindre degré. Enfin, que deviennent, dans cette hypothèse, les cas où tous les signes de bronchite, jusqu'à la toux, viennent à manquer complètement?

Observation 2^e. — Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, une femme éprouve après quelques jours d'angine, des frissons, puis de la céphalalgie, des étourdissemens, quelques nausées très légères. Quand je l'observe, la langue est blanche; il y a de la soif, de l'anorexie; soixante-dix pulsations régulières, un peu dures; peau chaude; absence complète de toux; crachats sans caractères; la respiration est pure. Le lendemain surviennent de la douleur épigastrique, des coliques, de la diarrhée. Cet état dure trois jours; puis la malade entre en convalescence, et guérit rapidement. Certes, voilà un cas, où l'on n'ira pas, je l'espère, choisir l'appareil respiratoire comme siège de la localisation morbide. — Poursuivons.

Observation 3^e. — Cette observation a pour sujet une femme qui présente des conditions organiques bien différentes de celles qui existaient chez les deux précédentes malades. Elle est assez fortement constituée, mais âgée de soixante-quinze ans; elle avait été prise tout-à-coup de frissons, de céphalalgie, d'étourdissemens, d'anorexie, de soif, de nausées; et dès le jour de son entrée à l'infirmerie, nous avons été surtout frappés d'un air de stupeur répandu sur tous les traits. On n'y fit d'abord que peu d'attention; mais deux jours plus tard, nous les vîmes augmenter rapidement. Couchée en supination, la face rouge, les paupières appesanties, cette femme avait peine à soulever ses membres et répondait avec beaucoup de lenteur. Alors il n'y avait plus de céphalalgie; le passage de l'air à travers les fosses nasales était rendu bruyant par l'engorgement de la pituitaire. Pas d'autres symptômes gastro-intestinaux que la blancheur de la langue, la soif et l'anorexie: absolument rien à noter du côté du thorax. Pouls fort, plein, régulier, fréquent; peau chaude et sèche. On applique dix sangsues à l'angle de chaque mâchoire. Le lendemain 30 mars, la stupeur est moins prononcée, la face moins rouge, l'état fébrile moins intense. Mais le surlendemain, la malade retombe à son état du 29. Les désordres de l'innervation prédominent toujours; mais la langue est devenue sèche et comme cornée, les dents fuligineuses; le ventre s'est sensiblement météorisé, et la pression y détermine partout de la douleur. Absence de selles. Le pouls a repris sa dureté et sa plénitude, la peau sa chaleur âcre et sa sécheresse. On ordonne une application de quarante sangsues sur le ventre: les sangsues manquent à la pharmacie, on n'est instruit de ce mécompte que le lendemain ma-

tin. La stupeur est encore plus profonde ; il semble que la malade va entrer dans le coma. Les pommettes sont très colorées, les paupières turgescentes et demi-fermées ; la parole excessivement difficile, les réponses très lentes mais justes, l'ouïe dure. Le météorisme et les douleurs de ventre ont augmenté. Les parois abdominales se contractent vivement sous la pression, et la face se grippe surtout quand on l'exerce dans la fosse iliaque gauche. Absence de taches lenticulaires et de sudamina ; constipation. Les sangsues sont appliquées, mais la malade succombe presque aussitôt après avoir donné quelques signes de délire.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. —

Tête. L'arachnoïde pariétale présente une légère injection en quelques points le long de la grande faux cérébrale. Le feuillet viscéral est sain à l'exception d'une légère suffusion sanguine occupant sur la convexité de l'hémisphère droit l'étendue d'une pièce de cinq francs. Les veines des circonvolutions sont peu gorgées. La substance blanche cérébrale de bonne consistance offre partout un piqueté rouge assez prononcé, surtout du côté droit. Très peu de sérosité dans les ventricules. — *Abdomen.* Le péritoine est sain. Le tube digestif examiné avec soin dans toute sa longueur n'offre absolument aucune altération. Les follicules de Peyer surtout sont très peu apparens. La rate triplée de volume et spongieuse, ne peut mieux être comparée pour l'aspect et la consistance qu'à un placenta. — *Poirine.* Les bronches sont le siège d'une légère rougeur un peu brune, sans ramollissement ni épaissement de la muqueuse. Les deux poumons sont très légèrement engoués vers leur bord postérieur. Une petite injection partielle extrêmement légère sur le feuillet viscéral du péricarde. Le cœur est de consistance ferme, contracté sur lui-même ; assez volumineux ; l'orifice aortique est notablement rétréci par des ossifications.

Lu et médité sans prévention, ce fait me semble avoir une haute portée scientifique. Il est frappant par le défaut de proportion entre les désordres fonctionnels et les lésions anatomiques. Qui donc en effet oserait demander à l'anatomie pathologique la cause de la mort, quand elle ne saurait montrer autre chose qu'une légère injection de quelques capillaires sous-arachnoïdiens, et un piqueté général de la substance cérébrale ? Je ne veux pas nier que cette substance n'ait été le siège d'un travail inflammatoire ; cela est d'autant plus incontestable que l'injection n'existait pas partout au même degré. Mais, sans parler des cas nombreux où je n'ai cessé, depuis que j'observe à la Salpêtrière, de rencontrer une injection semblable chez de vieilles femmes mortes de maladies aiguës et qui n'avaient offert dans tout leur cours aucun désordre cérébral, je dirai prématurément qu'elle s'est montrée à ce degré chez la plupart des malades enlevées par la maladie épidémique que nous étudions ; sans que pour cela les désordres cérébraux aient été assez tranchés pour que personne puisse être tenté de faire jouer à cette injection un rôle important dans la terminaison fatale de la maladie. Je dis à l'injection, c'est-à-dire à l'altération matérielle, parce que nous verrons plus tard que je

suis bien loin de nier l'importance des troubles fonctionnels.

Je ne dis rien de l'engouement pulmonaire et de l'état du péricarde, parce que je ne pense pas qu'on veuille sérieusement les mettre en cause dans cette occasion,

Mais ce sur quoi il importe de fixer l'attention, c'est cet état corné de la langue, c'est le météorisme, ce sont ces douleurs abdominales, toutes ces lésions enfin, qui, rapprochées des étourdissemens, du coryza, de la faiblesse musculaire, bientôt remplacés par la stupeur, la somnolence, la prostration complète des forces, constituent bien le groupe des symptômes connus sous le nom de fièvre typhoïde. L'état de la rate acquiert aussi sous ce rapport une grande importance. Les sudamina et la diarrhée manquaient, il est vrai, chez cette malade ; mais M. Louis lui-même n'a-t-il pas avoué que les sudamina se rencontraient seulement dans la plupart des cas ? Quant à la diarrhée, l'anatomie pathologique donne raison de son absence ; la suite en fournira encore d'autres exemples, et j'ai vu moi-même plusieurs fois, chez de jeunes sujets, la constipation persister pendant tout le cours des typhoïdes les plus intenses. Eh bien donc, que signifiait cette expression de douleur des viscères abdominaux ? Si quelque chose souffrait dans leur organisation, il faut bien, puisque rien, après la mort, ne traduit à nos yeux la cause matérielle de cette souffrance, que cette cause soit ailleurs que dans une altération de leur trame organique. Or, vous n'avez pas oublié le mode d'invasion de la maladie ; vous vous rappelez que c'est par des frissons, de la courbature, de la céphalalgie, des étourdissemens, de l'anorexie, que la scène fut ouverte. Comparez ce tableau à celui que nous a offert la malade de notre première observation ; quelle différence y trouvez-vous ? des différences seulement dans la gravité des symptômes et dans leur marche consécutive. Chez l'une, ils expriment plus franchement l'irritation inflammatoire ; un traitement antiphlogistique les enlève rapidement. Chez l'autre, l'adynamie se prononce d'abord et devient prédominante ; les antiphlogistiques ont une action moins prompte. Et remarquez que ce n'est que plus tard, après déjà de graves désordres fonctionnels, que les apparences de typhus commencent à se dessiner, sans que rien à l'autopsie ne rende raison de ces importants phénomènes. C'est que leur existence n'est liée que d'une manière indirecte à celle des altérations pathologiques, quand celles-ci se rencontrent sur les cadavres ; c'est qu'il y a au-dessus de ces altérations un état spécial de l'organisme que nous chercherons à apprécier plus tard, et qui domine le bouleversement général. Il peut exister et sévir indépendamment des lésions anatomiques, et ces lésions ne peuvent exister sans lui. Ses effets seraient pourtant les mêmes, si les dispositions individuelles ne lui imprimaient des modifications. Il brise instantanément les forces nerveuses chez une femme de 75 ans ; il les fatigue seulement, après les avoir montées à un degré d'excitation anormal, chez une femme de 31 ans, d'une forte constitution. Chacune d'elles souffre suivant le degré de réaction vitale dont elle est douée ; voilà tout le secret des différences que nous observons. Si

donc, on donne le nom de grippe à l'une de ces deux physionomies morbides, il ne sera pas juste de le refuser à l'autre: encore pourtant quelle différence!

Observation IV. — Une femme, âgée de 73 ans, petite et maigre, entra à l'infirmerie le 17 mars. La veille, elle avait été prise tout-à-coup de céphalalgie, d'étourdissemens violens, accompagnés d'une prostration extrême. Le 18, à la visite, ces symptômes persistaient, à l'exception du vomissement. La langue était sèche, il y avait de l'anorexie, de la constipation. Rien à noter du côté du thorax. — 25 sangsues à l'anus; lim. gom. Diète. — Les jours suivans, la céphalalgie diminue, mais des symptômes d'adynamie se dessinent; la peau reste chaude, les pommettes colorées; la malade, couchée sur le dos, remue ses membres avec peine: elle dit cependant se bien trouver. Une selle solide est rendue le 20. Le 21, je note: absence de céphalalgie; lèvres et dents fuligineuses; langue noire, racornie; douleur épigastrique augmentant beaucoup par la pression; pas de selles depuis la veille; ventre un peu météorisé, sonore; pas de sudamina. — Peau très chaude et couverte d'une sueur poisseuse. Pouls très fort, dur, intermittent; parole très lente; râle trachéal; odeur de souris très reconnaissable. — Mort dans la journée.

Autopsie 30 heures après la mort. — La substance blanche des hémisphères est partout fortement injectée, et répand beaucoup de sang à la coupe; très peu de sérosité dans les ventricules. — Cœur et péricarde sains. Le lobe inférieur de chaque poumon ne s'affaisse pas devant l'instrument qui l'incise. Son tissu, de couleur vineuse très foncée, très ramolli, exempt de toute trace d'hépatisation blanche, présente à la coupe, non pas une surface granulée comme dans le ramollissement rouge proprement dit, mais une surface lisse, unie, qui n'est pas non plus celle qui appartient à un degré très avancé de ce même ramollissement, et qui résulte de l'égale tuméfaction des lobules; car ces lobules et leurs cloisons se reconnaissent facilement. Le tissu pulmonaire d'ailleurs est, comme je l'ai dit, ramolli, mais non pas friable, c'est-à-dire qu'il s'affaisse avant de céder à la pression du doigt. *Il surnage parfaitement à l'eau.* — La cavité péritonéale, ainsi que le foie, qui est sain d'ailleurs, répandent une odeur aigre très désagréable. Du reste, les reins, l'estomac sont à l'état normal. Une petite plaque de Peyer forme un très léger relief vers la fin de l'iléum; mais aucune injection depuis le pylore jusqu'à l'anus. Les colons et le rectum contiennent des matières solides assez abondantes.

Voilà, si l'on veut, une entérite folliculuse; mais de quelle monomanie de système ne faudrait-il pas être pris, pour rapporter à une légère exubérance de quelques follicules, l'appareil formidable de symptômes que j'ai décrit? Voyez! cette femme tombe malade le 16; elle est frappée sur-le-champ d'une prostration profonde, qui ne cesse de faire des progrès, et la mort n'arrive que le 21, c'est-à-dire qu'il faudrait faire remonter à cinq jours la naissance d'une lésion qui eût échappé certainement à une observation tant soit peu légère, et lui prêter encore à cette époque, quelque minime

qu'on dût la supposer, assez de puissance pour soulever dans l'économie le mouvement funeste qu'on a vu.

La malade était-elle, à son entrée, dans l'imminence d'une pneumonie? je ne le pense pas davantage. D'abord ce n'est pas une pneumonie franche que l'autopsie nous dévoile; c'est une espèce de macération sanguine du parenchyme. Remarquons en outre que déjà l'état général avait reçu une atteinte profonde, alors que la respiration était encore pure; c'est quelques jours plus tard qu'elle s'embarrasse, en même temps que l'adynamie fait de rapides progrès. Cette force organique, cette contractilité insensible, qui, quoi qu'en aient dit des physiologistes, pousse et fait cheminer incessamment les globules sanguins dans les derniers vaisseaux capillaires, se ralentit. Ainsi, engoué dans les vaisseaux qui le contiennent, oublié au sein des tissus, le sang n'est plus pour eux qu'un dépôt de matière inorganique, abandonné comme elle aux lois de la pesanteur. Plus les tissus sont mous et spongieux, moins ils sont capables de réagir sur lui, et plus il trouve de facilités à tomber dans les parties déclives; tandis que lui, de son côté, revenu moins vivant, plus noir, plus épais, par suite de la stagnation qu'il éprouve, cesse à son tour d'exercer sur les tissus une stimulation assez vive pour y entretenir cette réaction. Ainsi, la cause s'augmente par l'effet même, et la vie ne tarde pas à succomber sous cette double influence. Or, quel organe est plus propre à la production de tous ces phénomènes que le poumon? et parce qu'il est le plus spongieux des organes, et parce que l'engouement de son parenchyme a pour premier effet de soustraire le sang au contact vivifiant de l'air, et que ce défaut d'oxigénation a bientôt porté son action délétère sur l'organisme tout entier. Cet engouement n'a pas et ne doit pas avoir, au moins jusqu'à une certaine époque de sa durée, les mêmes caractères anatomiques que la pneumonie franche. La stase sanguine, en effet, se fait aussi bien, et même plus facilement, dans les capillaires du tissu cellulaire, qui unit les lobules entre eux, que dans ceux qui rampent à la surface des vésicules bronchiques. Quelquefois même les premiers en sont le principal siège, et il en résulte un véritable boursoufflement général, très mou, très sanguin du parenchyme. Je n'ai pas besoin de dire que la connaissance de cet engouement pulmonaire des vieillards date des importans travaux de M. Piorry sur la pneumonie qu'il appelle hypostatique.

Observation V. — Une femme de 79 ans, bien conservée, avait éprouvé depuis huit jours du coryza, puis de la toux, de la constipation, beaucoup de courbature, quand, le 22 mars, elle est prise d'une envie de dormir insolite. Elle s'endort vers midi; on la réveille; son intelligence n'est plus nette; on l'envoie à l'infirmerie; je la vois le soir. — La face est très rouge. Elle regarde avec un air d'étonnement ou de gaité stupide tout ce qui se passe autour d'elle, paraît très souvent occupée à chercher quelque chose sur son lit. Elle répond cependant à toutes les questions qu'on lui adresse, et dit ne souffrir ni de la tête, ni du ventre, ni de la poitrine. Langue bonne, humide; peau brûlante; pouls

très fréquent, très dur et développé, intermittent. Soubresauts des tendons. La respiration se fait très mal; elle est pure partout où on peut l'entendre. — Sinapismes aux mollets; aspersions d'eau froide sur la tête. — Le lendemain, 23, l'intelligence paraît assez nette, bien que les traits expriment encore l'étonnement. La face est moins rouge: la malade dit être étourdie; elle a voulu se lever, mais elle n'a pu se tenir debout. Il n'y a pas de céphalgie; le pouls est moins fort, moins fréquent; la toux peu intense; les crachats opaques, adhérens; la respiration pure en avant, mêlée de quelques craquemens rares, disséminés, en arrière. La sonorité est bonne et égale des deux côtés. Aucun symptôme gastro-intestinal. — Pector. jul. gom. Diète. — Le 24, deux onces d'huile de ricin déterminent une quinzaine de selles. — Le 25, le râle muqueux se prononce en arrière, surtout du côté gauche. — Le 26, il se change, au niveau de l'angle de l'omoplate de ce côté, en un véritable gargouillement; la sonorité se conserve partout; l'expectoration est arrêtée. — Tartre stibié gr. ij. — Délire dans la nuit. — Le lendemain, soubresauts des tendons; pouls très vif, très irrégulier; râle trachéal, orthopnée, affaissement extrême. — Mort dans la journée.

Autopsie 36 heures après la mort. — Tête. — Engorgement des vaisseaux des circonvolutions. Injection générale de la pie-mère. Substance blanche un peu molle, très injectée partout et répandant beaucoup de sang à la coupe. — Thorax. — Cœur et péricarde parfaitement sains. Engouement simple et œdème assez considérable du bord postérieur des deux poumons, surtout du gauche. Le sommet du lobe supérieur de celui-ci a même subi un commencement d'hépatisation rouge. Grande quantité de liquide écumeux et sanguinolent dans la trachée et les bronches. Rougeur uniforme, très foncée, de ces dernières, jusque dans les petites ramifications. — Abdomen. — Très légère rougeur pointillée en plusieurs points de la muqueuse gastrique. Injections partielles peu étendues vers la fin de l'iléum. Beaucoup de gaz et de matières dures dans le gros intestin. Les reins sont très rouges, très piquetés de sang; la rate ramollie.

Bien qu'un grand nombre d'organes soient, dans cette observation, le siège d'une congestion sanguine, il n'en est pas moins évident que les organes respiratoires ont reçu la plus forte atteinte. L'inflammation a débuté par les bronches et de là a cheminé jusque dans les vésicules. Cependant, dans la pneumonie n'est pas tout le mal. Si l'on veut qu'elle en soit le point de départ, il faut avouer au moins qu'elle devait être bien peu avancée quand les premiers désordres cérébraux se sont manifestés. Rappelons-nous d'ailleurs cette somnolence qui précède l'explosion de la maladie, et cette prostration qui la suit, et qui ne permet même pas à la malade de se tenir debout alors que la phlegmasie pulmonaire n'est encore annoncée que par quelques bulles de crépitation. Puis rapprochons de ces faits l'état dans lequel nous avons trouvé la substance cérébrale, le tube digestif, la plupart des autres viscères, et demandons-nous s'il ne serait pas plus philosophique d'admettre plusieurs localisations morbides

se développant simultanément sous l'influence d'une même action, l'action générale exercée sur l'organisme par la cause inconnue qui produit l'épidémie.

Je ne veux pas en finir avec cette observation sans rappeler le mode de manifestation du trouble cérébral. La troisième observation diffère beaucoup de celle-ci sous ce rapport; l'injection de la pie-mère rend compte de cette différence.

Observ. VI. — La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de 67 ans, robuste et sanguine. Elle avait d'abord été prise de frissons, puis de céphalgie, d'étourdissemens accompagnés d'une faiblesse musculaire remarquable. Entrée à l'infirmerie le 27 mars, elle se plaignait en outre du dévoiement, mais sans douleur abdominale; il y avait peu de fièvre, et, à part la faiblesse, elle paraissait si bien, que je ne pris sur elle que les notes qu'on vient de lire. Vingt sangsues furent appliquées à l'anus; les piqûres donnèrent beaucoup de sang. — Le lendemain matin, je ne fus pas peu surpris de la voir dans une anxiété extrême, couchée en supination, la face violacée, la bouche ouverte, répandant une odeur de pus très prononcée. L'intelligence est saine; elle comprend toutes les questions, mais la poitrine est le siège d'un râlement très fort qui l'empêche de répondre sous peine de menace de suffocation. Elle dit pourtant n'avoir aucune céphalgie. La langue est sèche, racornie, les dents fuligineuses. On presse le ventre et l'épigastre sans déterminer de signes de douleur. Pas de vomissemens, plusieurs selles liquides; pas de météorisme. La chaleur de la peau est normale; le pouls très fréquent, petit, régulier. Le râlement s'oppose à l'auscultation; on n'ose d'ailleurs tourmenter la malade (1); elle meurt quelques heures après.

Autopsie 36 heures après la mort. Rigidité cadavérique. — Tête. — Une demi-once de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Les veines des circonvolutions sont gorgées. La substance blanche cérébrale, de bonne consistance, est partout piquetée de sang. Cette sablure est surtout très marquée vers la partie antérieure des deux centres ovales. — Poitrine. — Rien à noter dans le péricarde. Les fibres charnues du cœur, de couleur normale, poisseuses au toucher, sont molles, faciles à déchirer; on en isole très aisément les fibrilles en les grattant légèrement avec la lame d'un scalpel. Aucune rougeur de la membrane interne. Les bronches sont enflammées, surtout du côté droit. Tout le lobe supérieur du poumon droit est hépatisé, le bord antérieur et le sommet en gris, le bord postérieur en rouge; le lobe est partout très ramolli, mais surtout en avant. Du côté gauche, le poumon est légèrement engoué tout le long de son bord antérieur; il est sain partout ailleurs. — Abdomen. — Le foie est de couleur normale; mais le doigt s'y enfonce partout avec une grande facilité, et il jette une odeur aigre très prononcée. Rate molle, couleur lie de vin; reins à l'état normal. L'estomac ne présente qu'un léger ramollissement de la muqueuse du grand cul-de-sac, sans traces de rougeur. Celle

(1) Aucune sensibilité aux pincemens les plus forts de la peau.

de la partie supérieure des intestins grêles est très injectée dans l'étendue de deux à trois pieds; puis cette rougeur diminue et se change bientôt en injections partielles, rares et peu étendues, pour reparaitre encore tout-à-fait vers l'extrémité de l'iléum. On trouve à la surface de celui-ci quelques follicules de Brunner plus sailans que de coutume, et un relief assez marqué de sept ou huit plaques de Peyer, dont deux ou trois correspondent aux injections partielles. Le reste du tube digestif est sain. Le cœcum contient beaucoup de matières liquides.

Observ. VII. Deux jours avant son entrée à l'infirmerie, cette femme âgée de 75 ans, repleète et très sanguine, avait éprouvé sans cause connue, après quelques jours de coryza, des frissons, suivis de douleurs vives dans tous les membres, de céphalalgie, d'étourdissemens, de prostration tellement considérable qu'elle ne pouvait marcher, d'anorexie, de toux, de point de côté. Je l'observai le 18 mars. La langue était blanche, humide, sans rougeur; il y avait de la soif, de l'anorexie, quelques coliques sourdes; pas de nausées, pas de douleur épigastrique, pas de selles depuis trois jours. La toux était assez fréquente, les crachats opaques, sans caractères; cette femme toussait d'ailleurs habituellement depuis plusieurs années. La douleur du côté était diffuse, s'étendait dans l'hypochondre, le flanc droit, et toute la moitié droite du thorax. La pression l'augmentait partout, mais la respiration ne l'augmentait que sous le sein droit. Pouls à 75, régulier, peu développé; peau chaude et sèche. Respiration faible et pure partout, si ce n'est vers la partie inférieure droite tout-à-fait latérale de la poitrine, où l'on entend un râle crépitant très marqué, un peu disséminé. — Vingt sangsues sur ce point. Potion gommeuse, looch, diète. — Le lendemain matin, décubitus sur le côté droit, plainte continuelle; orthopnée; respiration très râlante; parole presque impossible. Crachats jus de pruneaux peu foncé; point de côté moins vif; fortes douleurs dans les deux talons. Les deux tiers inférieurs du côté droit du thorax résonnent moins qu'à gauche. On n'y entend qu'un gros râle grave très bruyant qui se mêle, à mesure qu'on monte, de respiration vésiculaire, laquelle devient même puérile à la partie supérieure. Le côté gauche donne les mêmes signes stéthoscopiques, si ce n'est que la respiration vésiculaire s'entend partout. Les battemens du cœur sont très rapides, très irréguliers; il est impossible de les analyser. — Tartre stibié gr. vj., sinapismes. — Le 20, l'asphyxie est imminente, le pouls presque insensible; l'agonie survient, elle meurt dans la journée,

Autopsie 40 heures après la mort. — Tête. — Le cerveau est injecté comme celui des observations précédentes; il offre en outre un ramollissement blanc d'une couche très mince de la paroi supérieure du troisième ventricule. Poitrine. — Le feuillet viscéral du péricarde présente plusieurs plaques rouges résultant d'une injection excessivement fine des vaisseaux sous-jacens. Dilatation notable des deux ventricules avec amincissement et ramollissement des parois. Elles sont cependant d'une bonne couleur, et dans la paroi antérieure du ventricule gauche existe une portion de fibres charnues, du volume et de la forme d'un noyau de prune

notablement plus rouge que les autres dont elle est séparée par une ligne de démarcation bien tranchée, et parcourue par de petits vaisseaux très fins, très bien injectés. La membrane interne est rouge seulement dans l'oreillette droite où elle était en contact avec une grande quantité de sang noir. Le larynx, la trachée, les bronches surtout offrent une rougeur, qui devient d'autant plus vive qu'on approche plus du parenchyme pulmonaire. Adhérences récentes de la plèvre à droite et en arrière. Le lobe inférieur des deux poumons, dense et très ramolli, présente à la coupe une surface non granulée, assez lisse au contraire, et comme marbrée par un mélange très varié de rougeur un peu brune et de ramollissement gris. La pression fait sortir beaucoup de mucus très épais et purulent de l'intérieur des petites bronches. — Abdomen. Rougeurs partielles, violacées, semblables à des ecchymoses avec épaissement et ramollissement de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac. La dernière portion des intestins grêles est le siège d'une légère rougeur pointillée avec injection générale des veines sous-muqueuses et boursoufflement léger de douze à quinze plaques de Peyer, blanches, sans ulcérations, sans rougeurs spéciales autour d'elles, entremêlées de quelques follicules isolées très développées. Matières très liquides dans le cœcum. Rougeur arborisée très vive dans l'étendue de quatre à cinq pouces du colon transverse. Grande quantité de matières un peu molles dans l'S iliaque. Le foie est très rouge, très gorgé de sang, non ramolli.

Dans la cinquième observation, nous avons vu tous les organes être le siège d'une congestion sanguine; mais des deux appareils dont il faut toujours rechercher et si souvent reconnaître les lésions dans les maladies fébriles, le respiratoire et le digestif, le premier seul avait subi une grave altération; le second était resté presque à l'état normal. Les deux dernières sont propres à nous mener graduellement à l'observation d'un fait non pas encore inverse, mais au moins bien différent. Le parenchyme pulmonaire est encore bien malade; sa lésion est même plus avancée que nous ne l'avons vu jusqu'ici; mais le tube digestif commence à se prendre, il s'enflamme, et les follicules de Peyer et de Brunner acquièrent un développement anormal. Et cependant qu'y avait-il dans le début, dans la marche de la maladie, qui dût faire prévoir cette altération? Elle débute, il est vrai, comme la plupart des fièvres typhoïdes, par des frissons, des étourdissemens, de la courbature; mais ces symptômes, nous les avons vus à des degrés variables chez tous les malades précédens, ils étaient très prononcés chez celle de notre quatrième observation qui ne nous a présenté à l'autopsie qu'un léger relief d'une seule plaque de Peyer; ils l'étaient plus encore et furent suivis de l'adynamie la plus tranchée chez celle de la troisième dont le canal intestinal fut trouvé parfaitement sain. D'ailleurs, n'est-ce pas tout d'abord au poumon que s'attache la phlegmasie dans les deux observations qu'on vient de lire? Cette phlegmasie absorbe toute l'attention de la malade et du médecin. Pendant la vie, elle est révélée par les symptômes les plus graves, tandis que quelques coliques sourdes, de la soif, de l'ano-

rexie, annoncent seules l'affection intestinale. Après la mort, une grande partie du parenchyme pulmonaire est infiltrée de pus, et quelques follicules intestinaux sont légèrement développés. Je puis faire à cette occasion une remarque importante. Dans la première des deux observations qui précèdent, on a vu la muqueuse des intestins grêles enflammée dans la plus grande partie de leur étendue, le cœcum rempli de matières molles, le reste du tube digestif à l'état normal, et de la diarrhée avait eu lieu pendant la vie. Il en résulte clairement qu'on se trouve dans l'une ou l'autre nécessité, ou de nier le fait, ou d'accorder que l'inflammation des intestins grêles peut seule amener la diarrhée. On sait que cette question est encore débattue par des praticiens distingués.

Du côté de l'encéphale, cette même observation nous fournit une preuve de ce que j'avais dans les réflexions qui suivent la troisième, savoir que l'injection cérébrale était insuffisante pour rendre compte de l'altération profonde de l'innervation. Elle se présente en effet ici au même degré, et avec le même caractère d'inégalité, et les désordres cérébraux sont si peu intenses qu'on ne soupçonne même pas la gravité de la maladie.

Notons en dernier lieu cet engorgement général des capillaires sanguins, qui dans l'une des observations se remarque jusque dans les fibres du cœur, tandis que dans l'autre il est seulement ramolli et poisseux, en même temps que le foie également ramolli sans traces aucune de rougeur anormale répand une odeur aigre des plus remarquables.

(La suite à un prochain numéro.)

FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA JAMBE.

Combinaison de l'appareil inamovible de Larrey et de la suspension de Sauter.

Monsieur le RÉDACTEUR,

Le traitement des fractures simples et compliquées par l'appareil inamovible, suivant le procédé de M. Larrey, dont vous avez déjà entretenu vos lecteurs, offre des résultats si avantageux, sous tous les rapports, qu'il serait bien à désirer que cette méthode fût plus connue, particulièrement des chirurgiens appelés à exercer dans les campagnes, où, en raison de la distance qui les sépare souvent de leurs malades, il ne leur est pas toujours possible de les surveiller autant que l'exigerait une fracture traitée par l'appareil ordinaire : de là une foule de difformités et d'accidens plus graves qu'il aurait été facile de prévenir par l'appareil inamovible.

Votre journal, Monsieur, étant appelé, par sa grande publicité, à propager plus qu'un autre les bonnes méthodes thérapeutiques, je vous adresse un nouveau fait très concluant en faveur de celle dont il s'agit, à laquelle j'ai joint un procédé, qui appartient à une autre méthode, et que je considère comme un perfectionnement très utile.

Tout ce qui a rapport à l'appareil inamovible ayant été traité d'une manière complète dans l'excellente thèse de mon collègue et ami le Dr Hippolite Larrey, dont plusieurs journaux ont donné des extraits, je me bornerai à exposer purement et simplement le fait suivant.

Fracture comminutive du tibia avec attrition des parties molles et déchirure de la peau; — débridement; — extraction d'esquilles; — dénudation de l'os dans une grande étendue; — emploi combiné de l'appareil inamovible de Larrey et de la suspension de Sauter; — guérison le cinquante-sixième jour.

M. Bigey, serrurier-mécanicien à Troyes, âgé de trente-cinq ans, bien constitué, conduisant une pompe à incendie sur un chariot, dont le poids total peut être évalué à 1500 livres, fut renversé de son siège par l'emportement du cheval, lorsque, étant étendu sur le pavé, une roue lui passa sur la jambe gauche.

Appelé dans la nuit du 21 décembre 1833, une heure après l'accident, le malade étant posé sur un lit et dépouillé avec précaution de ses habits, nous reconnûmes, avec le docteur Patin, une fracture comminutive du tibia à deux pouces au-dessus de la malléole, le péroné étant intact. La peau était déchirée aux deux points correspondant aux bords de la bande de fer qui garnit la roue. Une fluctuation très manifeste entre les deux plaies et un peu au-delà annonçait un épanchement considérable de sang. A l'aide d'une sonde cannelée introduite successivement dans les deux crevasses, j'incisai de dedans en dehors toute la peau et l'aponévrose soulevées, réunissant ainsi les deux plaies en une incision de cinq pouces environ. Ce débridement soulagea instantanément le malade, et donna issue à une grande quantité de sang coagulé. L'hémorrhagie avait cessé. Les muscles faisaient saillie de chaque côté de la fracture, à travers l'aponévrose déchirée; leur surface était violemment contuse. L'os était dénudé dans une étendue de près de trois pouces; trois esquilles faiblement adhérentes furent détachées; une plus volumineuse était formée aux dépens de la crête et de la face interne du tibia; il en résultait une dépression considérable. Le déplacement était peu sensible, seulement le pied se portait légèrement en dedans. La réduction étant opérée, on fit un pansement provisoire, l'heure avancée ne permettant pas de se procurer tout ce qui était nécessaire pour un appareil complet.

Le lendemain matin, 22 décembre, pouls développé; légère toux (saignée de douze onces). Le gonflement commence à peine à s'emparer du membre. Les lèvres de la plaie laissent un écartement considérable. Un linge fenêtré enduit de styrax sert à opérer un léger rapprochement. On le recouvre d'un plumasseau et de plusieurs compresses carrées et imbibées du liquide albumino-résolutif. Enfin, on applique l'appareil des fractures de jambe tel qu'il est décrit dans la clinique de M. Larrey ou dans la thèse de son fils, et tel que vous l'indiquez dans la première livraison de votre journal.

Le 23. — Délire fugace dans la nuit; fièvre intense surtout le soir. La saignée est renouvelée. L'appareil n'occasionne aucune douleur. On réitère de temps en temps les arrosements avec le liquide; ce qui plait au malade, en diminuant la chaleur du membre.

Le 24. — Sommeil paisible toute la nuit.

Le 25. — Etat parfait; pouls naturel. On n'arrose plus, et, trois jours après, l'appareil avait

acquis une grande solidité par la dessiccation. On donne des alimens, et graduellement le malade arrive à reprendre son régime habituel. C'est un homme actif d'esprit et de corps : l'obligation de rester au lit, ne sentant aucun mal, comme il le dit lui-même, lui devient de plus en plus insupportable. Cette répugnance était telle vers la fin du premier mois que j'ai dû aviser au moyen de le faire lever. C'est alors que je songeai à mettre en usage la suspension de Sauter, que j'aurais pu employer plus tôt. Je donnai la préférence à l'appareil simplifié de M. Mathias Mayor, de Lausanne, lequel consiste en une planchette proportionnée au membre fracturé, percée de quatre trous, dont un à chaque angle, dans lesquels on fait passer une corde qui forme deux anses parallèles saisies au milieu par un crochet, ou une autre corde fixée à un point quelconque, comme un plateau carré de balance.

J'avais affaire ici à un mécanicien, en sorte que le jour même, où je lui parlai de ce moyen propre à le faire lever, tout fut disposé convenablement. Un support qui se trouvait dans l'atelier pour un autre usage, nous servit parfaitement après avoir subi une légère modification.

Cet appareil était commode, comme on peut en juger par le croquis que je joins à l'observation, en ce qu'il occupait peu de place, et permettait d'être changé de lieu à volonté. On n'a pas, sans doute, toujours à sa disposition des moyens semblables ; on peut alors fixer la corde au plafond, ou se servir d'un chevalet, d'une petite échelle double, etc., et enfin de tous les points d'appuis que le bon sens ou les circonstances peuvent suggérer.

C'est la jambe portée sur ce petit hamac garni d'un coussin de balles d'avoine, que notre blessé a attendu patiemment le temps nécessaire à la consolidation de sa fracture, se levant tous les jours, dirigeant son atelier, écrivant, en un mot vaquant à la plupart de ses affaires, si ce n'est qu'il était privé de marcher. La suspension était continuée même au lit, le malade s'en trouvant mieux, en ce qu'il pouvait se mouvoir en tous sens, sans déranger la position horizontale de la jambe.

Le 16 février, cinquante-sixième jour depuis l'accident, l'appareil fut levé en présence de plusieurs médecins. Tous remarquèrent sa grande solidité et reconnurent qu'il

n'y avait pas trace de pus. La plaie était cicatrisée à l'exception de quelques bourgeons charnus encore rouges au centre, mais qui, du reste, ne fournissaient pas la moindre suppuration. Le cal est tellement bien formé et régulier qu'il est impossible de reconnaître le lieu de la fracture en promenant les doigts le long de la crête du tibia ; et on se rappelle que la perte de substance de l'os était considérable.

Cette régularité du cal, résultat de la compression exacte, constante et circulaire, est encore un des avantages de l'appareil inamovible.

Un bandage roulé et trois attèles de carton mouillé furent encore maintenus pendant quinze jours, au bout desquels la cicatrice était solide. M. B.... n'avait pas attendu ce moment pour essayer de marcher avec des béquilles.

Ce fait, quoique très concluant, n'ajoutera sans doute rien à la réputation déjà si bien établie de l'appareil inamovible, soit par la longue pratique de M. Larrey, soit par celle de ses élèves, au nombre desquels je m'honore de compter, et plus récemment par celle de plusieurs chirurgiens d'hôpitaux. Il n'est donc intéressant que par l'emploi combiné de cette méthode avec la suspension, qui me semble un véritable progrès thérapeutique. En même temps que je la mettais en usage, j'ai vu avec plaisir que M. Berard jeune proposait cette combinaison dans la seconde partie d'un mémoire inséré *aux Archives*, n° de novembre dernier. Il est à regretter qu'il n'ait pas essayé de réaliser son idée dans aucun des nombreux cas de fracture qu'il rapporte.

FOURCADE. D. M. P.
chirurgien aide-major.



Observation sur le genre achroma (vitiligo alba de quelques auteurs du moyen-âge.)

Il y a dans la structure et les fonctions de la peau des mystères qui ne sont point encore révélés. C'est souvent armé de la loupe, que l'observateur doit, en quelque sorte, poursuivre les phénomènes qui se passent dans cette admirable enveloppe. L'une des maladies les plus remarquables dont elle est parfois susceptible, est sans contredit celle que nous désignons sous le nom d'*achroma*. (Groupe des dermatoses *dyschromateuses*.)

L'*achrome* dont je parle, et dont j'ai déjà fait mention dans ma *Monographie des dermatoses*, paraît tenir à une soustraction accidentelle du pigment dans une ou plusieurs régions de l'appareil tégumentaire. Cette affection singulière résulte d'un vice particulier de la sécrétion colorante, dont le mécanisme est presque ignoré.

Les anciens avaient horreur de l'*achrome*. On le trouve souvent qualifié dans leurs ouvrages du nom d'*odiosa vitiligo*. Il y a en effet quelque chose de hideux et de repoussant dans ces taches d'un blanc mat, qui proviennent d'une faiblesse ou plutôt d'une insuffisance de vitalité. Elles ne se montrent point simultanément, mais plutôt d'une manière successive. On ne les observe guère que dans des constitutions radicalement appauvries chez certains sujets et particulièrement chez les races brunes ou cuivrées, on les prendrait au premier aspect pour des gouttes de pluie accidentellement tombées sur la périphérie de la peau.

Le fait suivant m'a paru devoir intéresser nos lecteurs : OBSERVATION. Mercredi, 9 octobre de la présente année, nous avons reçu à l'hôpital Saint-Louis, la nommée Elisabeth Durosoir, âgée de soixante-cinq ans, couturière, portant sur différentes parties de son corps, des taches d'un blanc éclatant, de forme et d'étendue variable, ne causant ni prurit, ni aucune sensation particulière et paraissant tenir évidemment à l'absence du pigmentum : dans diverses parties du derme, ces taches étaient surtout apparentes aux mains, au visage et sur tous les points où le contact habituel de l'air atmosphérique donne à la peau une teinte plus foncée. Elles affectaient pour la plupart une forme irrégulièrement arrondie, quelques-unes étaient triangulaires : au ventre, aux aînes et sous le sein gauche, elles étaient étendues, contenaient dans leur milieu des îlots de peau parfaitement sains, à bords entrecoupés ; mais, partout, elles tranchaient nettement avec le

reste des tégumens. Au dos, aux reins, aux fesses, à la partie interne des cuisses elles étaient plus petites, plus multipliées et d'une configuration moins régulière ; partout d'un blanc mat, uniforme. La peau normale qui les environnait leur donnait seule par ses teintes plus ou moins foncées, une apparence plus ou moins évidente. A l'instant où j'écris, ces taches existent encore ; elles se manifestent depuis près de quatorze ans ; leur apparition date de la cessation des règles. La malade dont il s'agit a toujours été d'une constitution faible et valétudinaire. A la suite de ses diverses couches, elle a constamment éprouvé des croûtes *mélitagreuses* (*melitagra parturientium*), ce qui démontre un tempérament lymphatique (1).

Tel est dans toute son exactitude le fait que je viens de recueillir. J'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt dans un temps où quelques anatomistes se livrent à une étude plus ou moins approfondie de la sécrétion pigmentaire.

Comment s'effectue cette sécrétion ? voilà ce que l'on cherche. Il est probable qu'elle commence dans les organes assimilateurs et qu'elle vient s'achever à l'extérieur du corps, par l'action combinée de l'air, de la lumière et du calorique. C'est une fonction essentiellement soumise aux desseins de la nature, qui tend manifestement à embellir l'être qu'elle soutient de son souffle animateur. On ne peut se défendre de cette idée, quand on inspecte le derme de certains oiseaux d'Afrique, symétriquement nuancés de tant de couleurs éclatantes. Je donnerai plus tard le résultat de quelques essais auxquels je procède en ce moment, et qui ont pour objet d'approfondir les modifications qu'éprouve le pigment dans le réseau vasculaire cutané.

Au surplus, comme je l'ai dit plus haut, nous sommes encore très peu éclairés sur le mécanisme de la fonction pigmenteuse. Qui pourrait apprécier les changemens merveilleux qui s'opèrent dans le fluide colorant, quand il est soumis à tant de mystérieuses influences ! Qui pourrait savoir quels obstacles l'arrêtent et l'entravent, quelles circonstances le régénèrent et le fortifient ? Loïn d'être oiseuse, cette recherche est des plus importantes. Elle servira quelque jour à expliquer l'origine de la bizarre décoloration qui nous occupe ; elle fournira peut-être quelque moyen de la réparer.

Baron ALIBERT.

(1) Il est digne d'observation que cette faiblesse radicale des individus privés de pigment, se remarque aussi dans les animaux *étiolés*. Il est depuis long-temps constaté que les chevaux blancs sont moins vigoureux que les noirs. Les merles et les corbeaux blancs sont plus faibles et vivent moins que les autres, etc.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

ESSAI SUR LA NATURE DE LA VARIOLE ET SUR SES RAPPORTS AVEC LA VACCINE ; par J.-CH. ALBERS de Berlin. Berlin, 1831, in-8°.

S'il est en médecine un sujet qui ait épuisé les conjectures des savans et la faconde des écrivains, c'est sans contredit celui de la variole et de la vaccine. Les traités, essais, brochures, aperçus, instructions, pamphlets même, que cette question a successivement provoqués, for-

meraient à eux seuls une bibliothèque. Jamais peut-être on n'entassa plus d'expériences, on n'inventa plus d'explications, on ne raisonna et déraisonna davantage.

L'histoire littéraire du choléra asiatique reste encore bien en arrière en fait de prolixité et d'esprit de parti. Aussi faut-il un certain courage pour hasarder encore quelques réflexions sur ce sujet et un talent plus qu'ordinaire pour dire des choses qui puissent exciter l'attention endormie et fatiguée.

Nous ne dirons rien ici à la louange du docteur Albers (1) ou de son ouvrage; ils n'en ont besoin ni l'un ni l'autre. Nous nous bornerons à suivre successivement l'auteur dans les huit chapitres qui divisent son opuscule.

Une épidémie étendue de variole qui régna dans la Prusse orientale depuis l'automne 1828 jusqu'à l'été 1829, et pendant laquelle il put suivre plus de 500 variolés, lui ouvrit un vaste champ d'observations. Ce fut en recueillant et comparant attentivement, et sans opinion préconçue, les faits qui s'offrirent alors à son observation, qu'il se convainquit de l'existence de deux espèces différentes de petite vérole. Il reconnut que ces deux espèces nonobstant les caractères distinctifs, spécifiques, qui les réunissent, diffèrent essentiellement l'une de l'autre en ce que l'une épargne complètement les individus précédemment vaccinés, tandis que l'autre se manifeste chez eux sous une forme mitigée appelée communément *varioloïde*.

En poussant ses recherches plus loin, il s'assura que les épidémies de variole antérieures à 1815 et postérieures à la découverte de la vaccine appartenaient à la première de ces espèces, et qu'au contraire celles qui étaient plus récentes se rapportaient à la deuxième. Il consacra cette différence en appelant celle-ci *variole lymphatique* et celle-là *variole purulente*, laissant le nom de *varioloïde* à la variole lymphatique des sujets vaccinés. Nous omettons ici la description qu'il donne de la variole lymphatique franche telle qu'on l'observe chez les individus qui n'ont jamais eu ni variole ni vaccine; le tableau comparatif transcrit plus bas y suppléera. Le docteur Albers estime que « dans cette espèce lymphatique, la période d'incubation dure de 10 à 12 jours, celles des prodromes 3 jours, celle de l'éruption encore 3 jours, celle de la maturation de 4 à 5 jours et celle de l'exsiccation de 10 à 12. »

Le deuxième chapitre est consacré à la description de plusieurs *variétés* de variole lymphatique.

1. « *Variole lymphatique confluente*. Cette forme assez rare s'accompagne d'une fièvre intense qui n'offre presque pas d'intermission. La mort, qui a lieu dans presque tous les cas, arrive pour l'ordinaire au commencement de la période d'exsiccation.

2. « *Variole lymphatique ombiliquée*. Il est peu de malades qui n'offrent çà et là quelques pustules ombiliquées; lorsque leur nombre est considérable, la fièvre est pour l'ordinaire typhoïde, et la gangrène survient facilement.

3. « *Variole lymphatique siliquieuse*. On observe souvent un certain nombre de pustules qui, au lieu de former des croûtes, se flétrissent, s'évacuent par résorption et tombent en écailles; plus souvent encore quelques pustules se réunissent en groupes.

4. « *Variole lymphatique verruqueuse*. Il est fréquent de rencontrer çà et là quelques pustules avortées qui ne parviennent pas à matu-

ration. Dans deux cas très peu graves les pustules verruqueuses furent nombreuses.

5. « *Variole lymphatique inflammatoire*. — Lorsque la fièvre, au lieu de tomber au moment de l'éruption, se prolonge, il se manifeste ordinairement une inflammation des bronches qui exige un traitement rigoureux. La fièvre, loin de hâter la maturation, la ralentit; lorsqu'elle diminue, la peau reprend sa souplesse et les pustules mûrissent. »

6. « *Variole lymphatique typhoïde*. — Plus fréquente dans les temps humides et froids, chez les pauvres. »

Le caractère nerveux (ataxique) se prononce dès le premier stade; il n'y a pas de convulsions. Lors de l'éruption la turgescence de la peau est faible, quoique les pustules soient fort nombreuses. Les pustules pâles sont la plupart peu élevées, larges et plates; elles se remplissent de bonne heure d'une lymphe qui se fige tard. Quelquefois il survient des accidents putrides (adynamiques), des diarrhées fétides ou sanguinolentes, des pétéchies livides, des pustules noirâtres; la mort inévitable survient pour l'ordinaire au moment de la desquamation.

7. « *Variole lymphatique des scrophuleux*. — Desquamation toujours irrégulière; le front, le nez ou telle autre partie du corps se couvrent de croûtes épaisses, inégales, d'un brun grisâtre, semblables à celles de la teigne. La peau subjacente est lisse, rouge et sèche. »

Dans le troisième chapitre, nous trouvons décrit avec un soin particulier l'exanthème bien connu de nos jours, sous le nom de *varioloïde* que le médecin de Berlin appelle *variole lymphatique modifiée*, et dont il trouve la cause dans un simple défaut de développement, provenant de ce que l'organisme a, par la vaccine ou les varioles antérieures, perdu plus ou moins de sa faculté d'accepter le virus variolique.

Le chapitre 4 n'est pas le moins intéressant; il renferme un parallèle de la variole purulente et de la variole lymphatique; nous le transcrivons en entier. Il est facile de s'apercevoir en le parcourant qu'un bon nombre des symptômes dont le docteur Albers forme les caractères spécifiques de la variole lymphatique, ont été attribués à la variole telle que la décrivent les anciens auteurs. Cela tient à ce que, dans son opinion, les anciens confondaient les deux espèces qu'il distingue; car la variole lymphatique n'est point du tout pour lui une maladie nouvelle.

VARIOLE PURULENTE.

VARIOLE LYMPHATIQUE.

Prodromes.

1. L'éruption est précédée de fréquents éternuements; l'haleine a une odeur fétide spéciale: sueur très odorante, douleur sous les aisselles.
2. Grande disposition à la transpiration chez les adultes.
3. La peau conserve sa couleur naturelle jusqu'à l'éruption des papules.

1. Ces symptômes manquent totalement.
2. Avant l'éruption, la peau est sèche et brûlante (*calor mordax*.)
3. L'éruption des papules est très souvent précédée par une éruption pourprée très marquée.

(1) C'est lui qui fut envoyé en Russie par le gouvernement prussien, afin d'y étudier le choléra; actuellement il est conseiller au ministère de l'instruction publique, des affaires sanitaires, etc.

VARIOLE PURULENTE.

VARIOLE LYMPHATIQUE.

Eruption.

4. Les premières pustules apparaissent sur la face, puis au col, sur la poitrine, les bras, l'abdomen et enfin aux jambes et aux pieds.

5. L'éruption est régulière, elle est presque terminée au premier jour, le deuxième et le troisième jour il n'apparaît plus que quelques papules.

6. La fièvre tombe avec l'éruption et cesse totalement au deuxième jour.

7. Les cavités bucales et nasales ainsi que les amygdales sont fréquemment enflammées.

4. Quoique les premières papules surviennent au visage, l'éruption ne suit cependant point une marche aussi régulière. Presqu'au même instant où apparaissent les papules de la face, on en aperçoit déjà sur la poitrine, les bras et les cuisses.

5. L'éruption a lieu par régions, la plupart des papules sortent le deuxième jour.

6. Quoiqu'il y ait rémission au matin, toute cette période est fébrile.

7. L'inflammation siège principalement dans les voies respiratoires.

Maturation.

8. La fièvre reparait au moment où les pustules se remplissent; c'est la fièvre de supuration ou fièvre secondaire.

9. Les pustules se remplissent de véritable pus.

10. Elles répandent une odeur des plus désagréables.

11. Les pustules sont pour l'ordinaire complètement rondes.

12. Les parois de la pustule forment avec la peau, du côté interne, un angle très aigu.

13. Si l'on pique la pustule il en sort promptement du pus; après quelques instans elle se remplit de nouveau.

14. Il n'est pas rare de voir des pustules sur la cornée de la conjonctive.

8. Il n'est point rare d'observer une apyrexie complète; toujours la fièvre est-elle très modérée; pas de fièvre secondaire proprement dite.

9. Les pustules se remplissent de lymphé.

10. Pas d'odeur.

11. La plupart des pustules mûres sont ovales.

12. Les parois de la pustule sont presque verticales.

13. La pustule piquée laisse échapper une goutte de lymphé limpide; si on la déchire en sorte que toute la lymphé s'écoule, elle ne se remplit plus.

14. Le globe de l'œil n'est jamais atteint par l'éruption.

Exsiccation.

15. Avant la formation des croûtes les pustules exsudent un liquide visqueux et gluant.

16. Les pustules ouvertes laissent écouler un pus fluide et trouble.

17. Les pustules crèvent et forment des croûtes sous lesquelles la suppuration continue.

18. Les croûtes s'écrasent sous les doigts.

19. Cette période est marquée par un nouvel accès de fièvre.

15. Les pustules se flétrissent et leur surface reste unie.

16. Les pustules ouvertes, il n'en sort rien; la lymphé y est transformée en une substance caséuse blanchâtre disposée en anneau autour du tubercule de la peau.

17. Les pustules ne crèvent point et forment des croûtes plates luisantes, cornées, brunâtres.

18. Les croûtes ne s'écrasent point sous les doigts.

19. Très souvent on n'observe point de fièvre dans cette période.

VARIOLE PURULENTE.

VARIOLE LYMPHATIQUE.

Cicatrices.

20. Jamais la cicatrice n'est plus blanche que la peau.

21. La cicatrice est toujours inégale à sa surface et ressemble à l'écorce d'un citron.

22. Toutes les cicatrices offrent un ou deux points noirs.

23. Le fond de la cicatrice est toujours concave, lorsqu'on soutend: la peau, ni les hords ni le fond de la cicatrice ne paraissent lisses et unis.

24. Le bord de la cicatrice est légèrement dur au toucher.

25. Après les varioles confluentes il reste souvent de grosses cicatrices qui défigurent.

20. La cicatrice est toujours plus blanche que la peau; elle a un brillant gras.

21. La surface de la cicatrice est parfaitement unie.

22. On n'observe aucun point noir.

23. Lorsqu'on tire sur la peau, le bord de la cicatrice disparaît complètement et celle-ci devient lisse et unie.

24. Le bord de la cicatrice n'est pas plus dur que le reste de la peau.

25. Toujours les cicatrices sont isolées les unes des autres; rarement ont-elles plus d'une ligne et demie de diamètre, en sorte qu'elles défigurent à peine.

Après avoir comparé la variole lymphatique à la purulente, le docteur Albers cherche à établir l'existence de la première dans les temps antérieurs.

« Avant la découverte de la vaccine, les médecins s'occupaient plus du pronostic et du traitement de la variole, que de son diagnostic. Malgré cela, les diversités qu'elle offrait ne leur échappèrent point. Sauvages désigne sous le nom de variole lymphatique la varicelle, maladie qui n'a rien de commun avec l'espèce que nous établissons. Les espèces, ou plutôt les variétés, qu'il énumère font voir qu'il avait observé la variole lymphatique; la *variola vesicularis* de Mead paraît surtout lui appartenir. Il est difficile de dire quelle espèce de variole Sydenham observa de 1667 à 1675. Celles qu'il établit (*V. regularis* et *V. anomala*) ne sont que des variétés. J'ai lieu de croire que cet auteur n'observa que des varioles purulentes. Freind dans son épître à Mead décrit assez bien la variole lymphatique sous le nom de *variola crystallina* d'Helvétius; il ne l'envisage, il est vrai, que comme une variété due à un défaut d'énergie dans l'éruption. Huxham mentionne aussi les varioles *crystallines* qu'il attribue à l'influence d'une saison humide et froide. Plenck s'exprime encore plus clairement, et distingue les *varioles vraies* en purulentes et lymphatiques. Selle copie Mead et Huxham. Il est à remarquer que les médecins du nord de l'Allemagne qui ont vécu à la fin du dernier siècle, ne paraissent pas avoir jamais observé la variole que nous décrivons. Vogel n'en parle que sur la foi d'autrui. Elsner entrevoit notre distinction. C. L. Hoffmann paraît aussi la saisir lorsqu'il décrit la variole pierreuse (*steinpocken*). Reil a surtout observé la variole lymphatique, quoiqu'il n'en ait pas saisi les caractères distinctifs. »

Nous omettons ici l'historique de onze cas de variole, et de trois cas de varioloïde après la

variole purulente, et de cinq après la vaccine, dont se compose le 6^e chapitre.

Le chapitre 7^e traite la question tant débattue de nos jours : Comment la vaccine se comporte-t-elle envers la variole ? L'auteur examine d'abord la vaccine comme préservatif de la variole purulente. « Il n'y avait qu'une voix parmi les médecins sur son efficacité avant l'apparition de la dernière épidémie de variole lymphatique. L'expérience avait si bien établi cette vérité, que l'on ne craignait pas de placer des variolés au centre des plus grands hôpitaux, pourvu que tous les malades eussent été vaccinés ou variolés. Je fus témoin de faits semblables à Berlin en 1814 et à Versailles l'année suivante, sans qu'il y eût trace de contagion. Le district de Gumbinnen (Prusse orientale), qui compte trois cent milles allemands de surface carrée et près de quatre cent mille âmes, n'avait été visité par aucune épidémie de variole pendant l'espace de vingt ans, quoiqu'il ne se fût pas écoulé une seule année sans que la variole se manifestât dans quelqu'un des villages qu'il renferme.

« Pendant tout cet espace de temps les vaccinations avaient eu lieu régulièrement et complètement. — Et pourquoi citer encore des faits lorsque tous les journaux de médecine des vingt premières années de ce siècle fourmillent d'exemples analogues ? Ces faits étaient même tellement avérés, que personne n'aurait pensé qu'il valût la peine d'en recueillir de nouveaux. Le docteur Neurohr de Landau (Bavière rhénane) inocula la variole, en 1808, à plusieurs centaines d'enfants qu'il avait vaccinés huit ans auparavant, et même à ses propres enfans ; aucun d'eux ne fut pris de varioloïde. Il en fut tout autrement dans l'épidémie de l'automne de 1826, observée par le même médecin ; la contagion atteignit les individus vaccinés et développa chez eux des varioloïdes. Jusqu'à l'année 1828, l'épidémie actuelle n'avait point pénétré en Hongrie ; aussi le médecin en chef de ce royaume, le docteur Lenhossek, annonce-t-il à cette époque, que depuis vingt-cinq ans la vaccine avait totalement arrêté et étouffé les épidémies de variole. Le docteur Kind, à Vacha (duché de Saxe-Weimar), observa, de 1815 à 1817, une épidémie de variole qui atteignit exclusivement les non-vaccinés. Malgré la violence et la malignité de cette épidémie, il ne vit aucun cas de contagion développée sur des sujets dûment vaccinés. Que conclure de ces faits ? si ce n'est que ces varioles étaient bien différentes de celles d'aujourd'hui et conséquemment qu'elles appartenaient à la variole purulente, ce qu'il serait d'ailleurs facile de prouver en comparant les descriptions de la maladie.

« Considérée comme préservatif de la variole lymphatique, la vaccine se présente sous une toute autre face. Dans le siècle précédent, lorsque l'inoculation de la variole commençait à devenir générale, on fut conduit, pour répondre aux adversaires de cette opération, à distinguer nettement la variole de la varicelle. Aujourd'hui que la réapparition de la variole, chez les sujets vaccinés, a ébranlé la confiance que l'on avait à la vaccine, il s'agissait de s'assurer s'il n'existe pas deux espèces de variole. Or, j'ai pu me convaincre, sans cependant pré-

tendre avoir épuisé le sujet, qu'il existe une variole dont la vaccine est un préservatif assuré, puis une seconde espèce à laquelle je donne le nom de *lymphatique*, qui atteint, quoiqu'à un moindre degré, les sujets vaccinés. Cela posé, il m'est facile de répondre à la question si souvent posée : La varioloïde est-elle une nouvelle maladie ? Non, puisqu'elle n'est autre chose que la variole lymphatique des sujets vaccinés ou déjà variolés. Ainsi s'expliquent aussi les observations de doubles petites véroles chez le même individu (1).

« Heureusement pour la vaccine qu'elle fut introduite à une époque où régnaient les varioles purulentes ; quinze ans plus tard sa réputation n'aurait peut-être jamais pu s'établir solidement. Ce ne fut, en effet, qu'en 1805, lors de l'épidémie de Londres, que les varioloïdes firent, pour la première fois, sensation ; de 1808 à 1818, plusieurs médecins allemands en observèrent quelques cas épars. Au printemps de 1825, la variole lymphatique, qui n'avait pas cessé à Londres depuis 1818, forma une forte épidémie dans cette ville. De ce point elle s'étendit de proche en proche, d'abord dans la Grande-Bretagne, puis sur le continent, et jusqu'aux États-Unis ». — Ici, l'auteur donne un relevé chronologique intéressant de la marche de cette épidémie jusqu'en 1828.

« Pour expliquer l'apparition des varioloïdes et tâcher en même temps de justifier la vaccine, on eut recours à deux théories. Les uns y virent la suite de vaccinations irrégulières et mal faites, qui n'avaient pas pu détruire entièrement la prédisposition variolique ; les autres supposèrent que la vertu préservatrice de la vaccine allait en s'éteignant, d'où ils conclurent qu'il fallait vacciner une seconde fois, après un certain nombre d'années. Deux seules voix, à ma connaissance, s'élevèrent en faveur de l'opinion que je soutiens. M. Moreau de Jonnés, le premier, dans un Mémoire présenté à l'Académie, soutint que la varioloïde (c'est ainsi qu'il nomme notre variole lymphatique) était une espèce nouvelle, et qu'elle était venue de l'Asie centrale par l'Amérique du Nord et l'Angleterre. Le second, le docteur Meyn, médecin à Sinneberg (Danemarck), considéra comme *spécifique* la propriété des varioles actuelles de paraître chez les vaccinés.

« Il serait inutile de chercher à prouver aujourd'hui que la varioloïde est un produit de la contagion variolique sur les individus auparavant vaccinés ou variolés ; presque personne n'en doute. Les cas de prétendue varioloïde, chez des non vaccinés ou variolés, se rapportent à la forme bénigne de notre variole lymphatique. Et qu'y a-t-il de surprenant que l'on confonde ces deux éruptions ? car la varioloïde est une variole lymphatique, mitigée par la vaccine, tandis que, dans les cas de variole lymphatique bénigne, elle l'est par les circonstances qui entourent le malade. On a prétendu encore que la

(1) Que la variole lymphatique du docteur Albers survienne après la variole qu'il nomme purulente, c'est ce dont il n'est pas permis de douter aujourd'hui. Mais ce qui est plus nouveau, c'est le cas d'une jeune fille qui en 1828 eut la variole lymphatique et en 1832 fut prise de la variole purulente qui régna à Lausanne chez les non ou mal vaccinés seulement. (TRAD.)

varioloïde ne pouvait pas produire la variole par contagion ; l'expérience m'a convaincu du contraire.

« Si l'on est assez d'accord quant à la nature des varioloïdes, on ne l'est point quant au mode de leur production. Les uns, et ce sont les plus nombreux, cherchent la cause des varioloïdes dans la faiblesse, l'impureté du virus vaccin, ou dans l'irrégularité de l'éruption vaccinale. De là vient qu'ils recommandent de choisir scrupuleusement le virus et de provoquer un nombre suffisant de pustules. Ils sont si difficiles sur ce sujet, qu'à les croire, la bonne moitié des vaccinés le sont mal. Les autres croient que la vaccine ne préserve que pour un temps, et que son influence se perd peu à peu. Aussi recommandent-ils de réitérer les vaccinations à des époques plus ou moins rapprochées ou éloignées. Une troisième classe prétend qu'à force de vacciner, d'homme à homme, le vaccin s'est *humanisé* ; ils veulent tout naturellement qu'on retourne à la source. Quelques-uns, enfin, expliquent le fait des varioloïdes par une *réceptivité* excessive et individuelle pour le virus variolique.

« Ces diverses opinions s'excluent les unes les autres. Toutes cherchent la cause des phénomènes dans la vaccine ou dans l'individu, aucune d'elles n'a songé à la placer dans la nature du virus variolique, comme nous le faisons. La première perd tous les jours de son crédit puisqu'on voit à chaque instant des enfans, parfaitement vaccinés, contracter la varioloïde. L'apparition de cette dernière éruption est d'ailleurs une preuve contre cette explication, puisque, si elle était fondée, jamais elle n'aurait paru.

« L'opinion qui admet une cessation graduelle de l'action préservatrice du vaccin, a encore l'expérience contre elle, puisqu'on observe des enfans, bien vaccinés peu de mois auparavant, et des jeunes gens qui l'étaient depuis vingt ans, être pris de la variole avec la même intensité. Si elle était fondée, il serait possible aujourd'hui, après tant et tant d'observations, de déterminer l'époque où le virus commence à perdre sa puissance préservatrice et celle où il l'a tout-à-fait perdue. D'ailleurs, lorsque la vaccine aurait cessé d'agir sur l'organisme, il devrait être possible de la reproduire dans son état normal, ce qui n'est pas.

« Dornblüth revaccina 234 personnes, et il n'observa de pustules que chez trois d'entre elles ; chez l'une des trois elles étaient fausses, chez les deux autres il ne fut pas possible de prouver que la vaccine avait été bonne. Hesse n'a jamais réussi à produire de vraie vaccine une seconde fois, et pense que la chose est extrêmement rare. Je n'ai jamais pu y parvenir. On obtient sans doute assez souvent des pustules ; mais elles ne diffèrent en rien de celles que produirait la piqûre d'un instrument sale (1).

(1) Je ne saurais être ici de l'avis du docteur Albers. Les secondes vaccinations produisent assez souvent une éruption pseudo-vaccinale, qui observée superficiellement, peut induire en erreur. Je l'ai observée sur moi-même et sur une jeune demoiselle de vingt ans, qui avait été parfaitement vaccinée dans son enfance et en portait les traces caractéristiques. Cette éruption, encore mal caractérisée, est appelée vaccine normale par les uns et fausse par les autres. Ainsi s'expliquent

« Je ne suis d'ailleurs pas seul de mon avis. Gittermann considère les secondes vaccinations comme inutiles, parce qu'il ne saurait admettre la disparition graduelle de l'influence vaccinale. Le professeur Vrolik, à Amsterdam, n'a point vu de seconde vraie vaccine, lorsque la première avait été bien faite, et il conclut de là avec raison, que revacciner uniquement par manque de confiance à la vaccine, c'est se mettre toujours plus dans l'embarras. Il en est tout autrement si l'on a lieu de craindre que la vaccine n'ait pas été bonne. Hufeland dit que le temps ne paraît avoir aucune influence sur la puissance préservatrice de la vaccine. Mitchell et Bell, à New-York, n'observèrent pas moins une grande prédisposition à la varioloïde chez les nouveaux vaccinés que chez ceux qui l'avaient été long-temps auparavant. Strecker, à Dingelstädt, affirme que jamais il ne put obtenir de vraie vaccine par ses secondes vaccinations. Le rapport présenté à l'Académie royale de médecine de Paris, le 1^{er} avril 1828, par la commission de vaccine, se prononce dans le même sens. Enfin, Reuss, Neurohr, Meier, Mayer, Seulen et Kind sont du même avis.

« L'opinion de ceux qui pensent que les varioloïdes doivent être attribuées au manque d'énergie du virus vaccin n'est pas mieux fondée. Remarquons d'abord qu'elle est directement opposée à la précédente, en sorte que, si elle était vraie, les individus vaccinés, il y a une vingtaine d'années, devraient être totalement à l'abri, ce qui n'est pas ; le contraire a même plutôt été observé.

« Un médecin de Paris affirmait, au 21 novembre 1826, devant l'Académie de médecine, qu'il se servait depuis l'année 1800 du même virus, qui, après être arrivé à sa 1336^e contagion n'avait rien perdu de sa vertu. La commission de vaccine de la même Académie partage cet avis. Neurohr, après vingt-sept ans de vaccinations avec le même virus, voit aujourd'hui les mêmes effets qu'autrefois ; il s'étonne que des hommes instruits aient pu soulever l'opinion contraire (1).

« L'opinion du docteur Gregory n'a pas trouvé de partisans, dès que l'on se fut aperçu que le nombre des varioloïdes était assez considérable ; des contradictions apparentes. Tandis que Grossheim inscrit dans la *Gazette médicale de Berlin*, 1833, n^o 10, le résultat de deux vaccinations faites dans l'armée prussienne, où sur 184 individus portant cicatrices de vaccine 234 n'eurent aucune éruption, 112 en eurent une hâtive et 138 une régulière (soi-disant) Behr se servait du même journal pour publier des résultats opposés (1832, n^o 11). J'ai souvent, dit-il, fait des secondes vaccinations, mais je n'ai jamais obtenu par elle des pustules *normales* de vaccine. D'autres médecins ont obtenu le même résultat, quoique souvent les pustules produites ressemblaient tellement aux vraies qu'on s'y trompait aisément. J'ai cru observer que les jeunes sujets donnaient plus facilement lieu à cette méprise (Tr.)

(1) Si l'humanisation de la vaccine était vraie, il suivrait que plus l'éruption serait en apparence dépourvue d'énergie, moins elle serait contagieuse. J'ai observé le contraire. Il m'arriva un jour de prendre du vaccin sur un enfant qui courait la varioloïde sans que je m'en doutasse. Les pustules étaient à mon grand étonnement demi-fétries, et ce ne fut qu'à grand peine que j'obtins du virus pour vacciner un autre enfant ; nonobstant cela la vaccine fut excellente et a continué de l'être. Le premier enfant poussa quelques boutons de varioloïde deux jours après. (Tr.)

on ne pouvait croire en effet qu'il suffit pour les produire d'une simple susceptibilité plus grande et individuelle à contracter la variole.

« Il me reste encore à examiner les relations de la variole lymphatique et de la vaccine lorsque les deux virus se trouvent en même temps en présence chez le même individu. J'ai eu plus d'une occasion d'observer des cas semblables lors des vaccinations générales faites en 1828 et 1829, à l'occasion de l'épidémie variolique régnante.

« Je ne saurais partager l'opinion de Möhl, qui pense que, lorsque la variole paraît avant le dixième jour de la vaccine, elle n'en subit pas l'influence. J'ai vu la variole survenir depuis le troisième jusqu'au dixième jour de la vaccine. Celle-là avait son cours régulier chaque fois que son éruption paraissait et en même temps que celle de la vaccine (troisième ou quatrième jour). Dès que la variole éclatait au cinquième ou sixième jour de la vaccine, elle était déjà sensiblement modifiée. Une seule fois, chez un enfant cachectique, j'ai vu le contraire; la variole avait poussé le sixième jour. Lorsque la variole n'éclate qu'au septième ou huitième jour de la vaccine, elle est complètement modifiée et prend la forme de la varioloïde ». — L'auteur cite ici onze faits à l'appui de son opinion.

« En terminant, je dois devoir encore mentionner deux propriétés de la varioloïde. — La première est le peu de gravité de cette affection. Pendant l'épidémie que j'observai, de 1828 à 1829, sur 339 cas, il y eut 242 varioloïdes. Parmi ces derniers, qui comprenaient 237 varioloïdes après la vaccine et 5 après la variole purulente, il n'y eut pas un seul malade en danger. Ce résultat contraste avec ce qui arriva aux non vaccinés ou non variolés; sur 97 cas de ce genre, 21 se terminèrent par la mort (1). Le docteur

(1) Cette proportion est la même que celle observée dans le canton de Vaud sur une beaucoup plus grande

Neurohr observa, en 1826 et 1827, dans la Bavière rhénane, 168 variolés; des 89 non vaccinés ou variolés antérieurement 29 succombèrent, les 79 autres guérirent. A Utrecht, de 1822 à 1824, le docteur Bryde compta 138 décès de variole parmi les non vaccinés, et pas un seul après la varioloïde. Le docteur Et. Moro, à Milan, observa, en 1825, une épidémie dans laquelle 72 individus, bien vaccinés auparavant et atteints de la varioloïde, guérirent, tandis que sur 65 non vaccinés il y eut 16 décès. Partout, en Allemagne, en Angleterre et dans l'Amérique du Nord, on répéta les mêmes observations.

« La seconde propriété de la varioloïde est de conserver son caractère grave et de reproduire la variole lymphatique ordinaire chaque fois qu'elle passe à un individu non vacciné ou non variolé. » L'auteur cite ici un exemple frappant. — « Ce fait a d'ailleurs été relevé diverses fois en Allemagne et dans l'Amérique septentrionale; il est important sous le point de vue de la police sanitaire. »

Le huitième et dernier chapitre examine la question des rapports de la varicelle avec les varioles lymphatique et purulente. Il conclut tout naturellement à nier toute relation entre la première de ces maladies et les deux autres, si ce n'est celles, fort insignifiantes, déduites de la forme et de l'apparition concomitante des deux genres d'éruption. La varicelle, d'ailleurs, peut atteindre plusieurs fois le même individu, qu'il ait été ou non vacciné ou variolé.

J. DE LA HARPE, D. M., à Lausanne.

échelle pendant l'épidémie de 1827 à 1828. Sur 4974 variolés 3452 avaient été vaccinés avec plus ou moins de succès, 1486 ne l'avaient pas été. Il mourut 94 des premiers et 349 des seconds. Cela fait 1 mort sur 37 vaccinés et 1 sur 4 non vaccinés. — On observa à cette époque 1 inoculé et 1 variolé profondément marqués, qui succombèrent à une varioloïde intense. (Trad.)

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE.

(Mai 1834.)

La Gazette médicale, dans ses numéros de mai, renferme les articles originaux suivants :

1^o Mémoire sur une épidémie d'angine couenneuse, par M. Bidard; 2^o Mémoire sur une épidémie de fièvres bilieuse, par M. Voisin; 3^o Observation d'un cas de laryngite érythémateuse simulant le croup.

Mémoire sur une épidémie d'angine couenneuse, par M. Bidard. — La maladie n'a pas présenté, chez tous les sujets, la même gravité; 1^o au premier degré, légère douleur de gorge à peine accompagnée de gonflement, de difficulté de la déglutition; mais toujours rougeur plus ou moins vive du voile du palais et des amygdales; peu ou point de fièvre et de céphalalgie. Cette indisposition, convenablement traitée, ne durait que quelques jours. 2^o A un degré plus avancé, il y avait déjà sur les tonsilles quelques points blanchâtres disséminés; le gonflement et la rougeur étaient plus marqués; gêne plus grande de la déglutition, presque toujours

de la fièvre; la scarlatine se montre, mais non constamment, et tantôt avant, tantôt après les symptômes dont nous venons de parler. 3^o Enfin, le mal s'aggrave, il y a impossibilité de quitter le lit; gonflement et rougeur des tonsilles et du voile du palais, plaques membraneuses envahissant la luette, le fond de la gorge et quelquefois jusqu'à la voûte palatine; grande gêne ou impossibilité de la déglutition avec un rejet des liquides par les narines; respiration laborieuse; dans quelques cas, seulement, toux fréquente et pénible; céphalalgie sus-orbitaire et temporale continue; délire quelquefois très grave et presque sans rémission, avec injection de la face; agitation continue; fièvre vive, presque toujours accompagnée de scarlatine; sommeil ou coma profond. Dès le début, ou dans le cours de l'éruption, nausées, vomissements, diarrhée ou constipation. A ce degré, la mort arrivait après quelques jours, ou bien la convalescence, précédée de plusieurs rechutes, était lente et difficile. Les malades voulaient-ils prendre l'air trop tôt, une œdématisation générale envahissait rapidement le corps, surtout la face et les jambes.

Il n'est personne qui ne reconnaisse dans

cette description une épidémie d'angine scarlatineuse, et qui ne lise avec étonnement les réflexions suivantes de l'auteur : « La nature de la maladie que j'ai décrite ne sera pas, j'imagine, l'objet d'un doute. L'éruption scarlatineuse n'était pas l'affection dominante, car elle a manqué dans un grand nombre de cas, même très graves, tandis que l'angine n'a jamais cessé de sévir, tantôt légère, avec un commencement d'inflammation de la gorge, tantôt revêtant les surfaces déjà malades d'une exsudation membranueuse, ou bien, enfin, après avoir envahi les amygdales et l'arrière-bouche, envoyant des prolongemens couenneux dans la trachée et les bronches comme pour montrer par quels liens elle est unie au croup. » Nous demanderons à l'auteur comment il s'est assuré de l'existence des fausses membranes dans les voies aériennes, puisqu'il n'a point pratiqué d'autopsie.

Quoique le bel ouvrage de M. Bretonneau soit entre les mains de tout le monde, le diagnostic différentiel des diverses sortes d'angines est encore environné d'obscurités épaisses pour beaucoup de praticiens qui n'ont pas profité de ces travaux. L'angine scarlatineuse est souvent méconnue par eux et confondue avec l'angine diphtéritique : c'est ce qui est arrivé à l'auteur du mémoire dont il est ici question. Dans la scarlatine, l'éruption cutanée manque souvent (*scarlatina sine scarlatinis*), tandis que l'absence de l'angine est très rare ; il n'est donc pas étonnant, lorsque l'attention n'est pas éveillée sur ce point, qu'on rapporte à l'inflammation de la gorge le trouble des systèmes nerveux et circulatoires qui, dans l'infection scarlatineuse, est quelquefois si grave. Toutes les observations d'angine couenneuse relatées par M. Bidard appartiennent à la scarlatine comme le prouvent les considérations suivantes : 1° Cette affection régnait épidémiquement dans le pays, et la plupart de ceux qui eurent isolément l'affection de la gorge appartenaient à des familles dont un ou plusieurs membres avaient présenté l'éruption scarlatineuse ; 2° chez plusieurs, il y eut anasarque, comme cela s'observe si fréquemment vers le déclin de la scarlatine ; 3° enfin, la marche et les symptômes se montrèrent tels qu'on les rencontre dans cette maladie. C'est ainsi que fréquemment il y eut vomissement, violente céphalalgie, délire, fièvre vive, et plusieurs autres phénomènes tout à fait étrangers au croup, à la diphtérie : ils ont été soulignés dans la description empruntée à l'auteur au commencement de cet article.

Quoique l'inflammation scarlatineuse ait peu de tendance à atteindre la muqueuse bronchique, et que l'angine soit presque constamment pharyngienne et non laryngienne, il n'est pas sans exemple cependant de la voir se propager aux voies respiratoires et déterminer de l'oppression et de la toux ; c'est ce qui est arrivé deux fois dans les observations rapportées par l'auteur ; du reste, les fausses membranes rejetées venaient probablement du pharynx et avaient été détachées par les efforts d'expectoration. Si elles eussent appartenu au larynx, comme le pense M. Bidard, la voix et la toux auraient pris le caractère si remarquable qui leur a fait donner le nom de *croupales*, et qui

n'eût point échappé à l'attention de l'auteur. Ces deux cas, d'ailleurs, appartiendraient-ils à un véritable croup, à la diphtérie, ne diminueraient en rien la valeur de nos réflexions.

J'ai cru devoir insister beaucoup sur l'appréciation de la nature de la maladie observée par M. Bidard, car, en la rapprochant du croup, comme il l'a fait dans ce Mémoire, il tend à induire les praticiens dans l'erreur la plus funeste. Le succès de quelques-unes des médications dont il s'est servi, dans ces cas d'angine scarlatineuse, qui se guérissent souvent avec ou sans le médecin, est de nature à faire croire à leur efficacité dans l'angine diphtéritique. Par là, on serait porté à employer, avec lui, les émissions sanguines, les synapismes, les vésicatoires, les cataplasmes, etc., et à négliger les seuls remèdes capables de s'opposer au progrès du mal, je veux dire les applications topiques sur les parties affectées, et la trachéotomie, dans la période extrême du croup ; au reste, la cautérisation, avec le nitrate d'argent fut quelquefois employée par l'auteur dans l'épidémie d'angine scarlatineuse qui fait l'objet de ces réflexions.

Mémoire sur une épidémie de fièvre bilieuse, par M. Voisin. — Bien des médecins, nourris dans le style et les pensées de l'École physiologique, pourront être scandalisés du titre de ce Mémoire, et, plus encore, des idées qui y sont développées ; celles de Stoll et de Sydenham s'y trouvent réhabilitées. La fièvre bilieuse n'est pas, pour M. Voisin, une gastro-duodénite comme pour M. Broussais ; laissant même de côté les opinions des *organiciens*, des *anatomopathologistes*, lorsque, avec les symptômes bilieux, viennent à paraître une pneumonie, une pleurésie, une entérite folliculeuse ; ces diverses affections ne sont, pour lui, que des complications accidentelles de la fièvre bilieuse préexistante.

Hippocrate et Galien ont décrit la fièvre bilieuse sous le nom de *fièvre maligne*, *fièvre ardente continue*, *fièvre hémitritée* ; c'est la fièvre méésentérique de beaucoup d'auteurs, de Baglivi, en particulier ; c'est la fièvre méningo-gastrique de Pinel, la gastro-duodénite de l'École physiologique. Je crois devoir ajouter aux réflexions de M. Voisin que la fièvre bilieuse n'est fréquemment, pour un grand nombre de modernes, qu'une des formes variées de la maladie à laquelle ils ont donné le nom de dothinenterie, affection typhoïde, entérite folliculeuse. La dénomination de fièvre bilieuse a l'avantage de ne rien préjuger sur la nature inflammatoire et non inflammatoire de la maladie, celui de ne pas la localiser, et enfin de rappeler sur-le-champ à l'esprit son symptôme prédominant, les déjections bilieuses.

Fièvre bilieuse simple. — Elle prenait souvent une forme plus ou moins régulièrement rémittente, intermittente, et le frisson remarquable par son intensité, sa durée ; il existait rarement des sueurs ; il y avait une céphalalgie frontale violente, augmentant chaque jour ; en même temps teinte verdâtre des sclérotiques du contour de la bouche et du nez ; humidité et éclat des yeux même sans coryza. Quand la maladie avait duré quinze ou vingt jours, la figure était si verte qu'il semblait qu'on eût passé une

couche de bile sur toute sa surface ; la coloration de la face et le brillant des yeux étaient si constants qu'ils s'étaient métamorphosés en signes presque infaillibles ; aux symptômes signalés se joignaient ordinairement des envies de vomir, quelquefois des vomissemens, en même temps douleur à l'épigastre ou dans les hypochondres ; le plus souvent l'hypochondre gauche était tendu tantôt par le seul volume de l'estomac plein de liquides seuls ou mélangés de gaz, tantôt par le colon transverse rempli de fluides élastiques ou par l'un et l'autre simultanément. Les malades avaient la bouche mauvaise, pâteuse, amère ; ils n'avaient d'appétit pour rien et ne semblaient manger que par habitude ; leur langue était blanche et un peu verdâtre ; la plupart étaient constipés, aucun n'a eu de dévoiement au commencement de la maladie. Les selles étaient noires, jaunes ou vertes ; pas de soif. Il existait presque constamment une petite toux sèche et claire (toux gastrique des auteurs), souvent la respiration était courte et arrêtée par les douleurs épigastriques et hypochondriques. Il n'y avait pas de sommeil, à proprement parler ; si le malade s'assoupissait, il était assailli par une foule de rêves, était réveillé en sursaut, etc. Les facultés intellectuelles ont toujours conservé leur intégrité, sauf la mémoire dans quelques-uns.

La fièvre bilieuse, livrée à elle-même, ou soumise à un traitement convenable, se termine fréquemment par des crises ; diarrhées, vomissement bilieux, urines sédimenteuses, sueurs, épistaxis, etc. Les jours où elles ont été le plus souvent observées sont les jours impairs suivans : le neuvième, septième, cinquième, troisième, pour l'ordre de fréquence. La fièvre bilieuse catarrhale a souvent eu pour crises spéciales des écoulemens sanguins sous forme d'épistaxis ou d'hémoptysie, et encore plus souvent des sueurs ; elles paraissent ordinairement dans la nuit qui suit l'administration de l'éméto-cathartique, une seule fois elles ont épuisé le malade et l'ont fait succomber ; les épistaxis, très communes chez les jeunes sujets, ont appartenu presque exclusivement à la fièvre compliquée de catarrhe ; pour qu'elles soient critiques, elles doivent être abondantes.

Le malade se présentait ordinairement le troisième ou quatrième jour de la maladie, époque où elle était bien dessinée. Aussitôt on lui administrait, en deux ou trois fois et à quelques minutes d'intervalle, une potion de cinq ou six onces de véhicule contenant un grain, un grain et demi de tartre stibié, et une once, une once et demie de sulfate de soude ; souvent la première dose ne faisait rendre que des glaires et semblaient préparer les voies à la bile ; les deuxième et troisième doses en faisaient rendre une énorme quantité ; pendant les vomissemens on donnait à boire de la tisane qui, en augmentant le liquide à expulser, fournissait un point d'appui à l'estomac, et en facilitait les contractions. Les malades qui vomissaient le plus facilement et le plus abondamment étaient les gens maigres, à tempérament bilieux, à cheveux noirs ; au contraire, chez quelques personnes robustes et à tempérament sanguin, les vomissemens étaient nuls ou n'avaient lieu qu'au moyen d'efforts inouis et encore ne ren-

daient-ils que des glaires écumeuses ; en revanche, les selles étaient abondantes et bilieuses. Au moyen de la percussion, M. Voisin reconnut qu'alors l'estomac était vide, et que, par conséquent, le passage de la bile dans cet organe a lieu beaucoup plus tard chez les gens sanguins que chez les gens bilieux : assez souvent même, chez les premiers, elle n'y pénètre pas du tout et se dirige sur-le-champ vers les intestins.

Dans la fièvre bilieuse catarrhale, l'expérience enseigna bientôt à l'auteur qu'il fallait d'abord saigner, puis faire vomir : la guérison ne se faisait pas attendre. Ainsi, évacuez quand la maladie est simple, saignez et évacuez quand la maladie est compliquée d'éléments inflammatoires : voilà toute la thérapeutique des fièvres bilieuses. En cela, l'auteur est d'accord avec Stoll, Sydenham et tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection. La pneumonie et la pleurésie exigeaient impérieusement l'emploi des émissions sanguines, il fallait leur associer la méthode évacuante, si les symptômes de pléthore bilieuse venaient encore à se montrer. S'il y avait entérite folliculeuse caractérisée aux yeux de l'auteur, par des symptômes ataxo-adiynamiques, il fallait se garder d'employer les purgatifs qui, dans ce cas, étaient homicides ; M. Voisin ne dit pas assez clairement s'il renonçait aussi à l'émétique. Dans la forme intermittente, il fallait administrer d'abord l'éméto-cathartique, puis le quinquina, si la fièvre persistait.

En résumé, quand la maladie est simple, donnez l'éméto-cathartique ; administré trop tôt il est peu efficace, attendez que la bile ait passé dans l'estomac, consultez pour cela la percussion.

Le mémoire qui fait le sujet de cette analyse, présente certainement des considérations importantes. Comme l'auteur, nous ne doutons pas de l'existence de la fièvre bilieuse ; comme lui, nous emploierions les éméto-cathartiques ; mais nous hésiterions un peu plus à regarder constamment les affections locales, pulmonaires et gastro-intestinales, comme de simples complications. N'existe-t-il pas des constitutions dans lesquelles toutes les maladies s'accompagnent de phénomènes bilieux, exigeant une thérapeutique spéciale ? M. Voisin n'a pas des idées bien arrêtées sur ce qu'il nomme entérite folliculeuse (affection typhoïde, dothinentérie) ; cette maladie nous semble s'être montrée bien plus souvent qu'il ne le croit chez les malades dont il fait l'histoire ; il n'en reconnaît guère l'existence que quand il y a des symptômes ataxo-adiynamiques graves ; mais la dothinentérie, qui s'accompagne fréquemment de phénomènes bilieux, peut exister sous forme bénigne, et je crois pouvoir rapporter à cette affection plusieurs des observations consignées dans ce Mémoire, comme cas de fièvre bilieuse simple. La pleurésie, la pneumonie, sous forme latente, qui viennent si souvent compliquer la maladie décrite par l'auteur, sont des phénomènes très communs de l'affection typhoïde. Je suis loin de nier toutefois qu'un mouvement fébrile, avec symptômes bilieux, ne puisse exister indépendamment de toute affection locale appréciable ; ne voit-on pas survenir fréquemment des phénomènes de fièvre inflammatoire

sans qu'on puisse les rapporter à la souffrance d'un organe déterminé.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(Mai 1834.)

Les principales notes thérapeutiques du bulletin de ce mois, sont les suivantes :

1° Un extrait d'un ouvrage de M. Réveillé-Parise, sur la santé des gens de lettres, des artistes, etc., intitulé : *De la marche des maladies, considérées sous le point de vue thérapeutique, chez les personnes douées de la constitution particulière aux gens de lettres*. M. Parise réduit à trois les circonstances propres à diriger le traitement de ces sortes de maladies : A. *Les accidens nerveux*; B. *L'irrégularité des symptômes*; C. *La rapidité des sympathies*. On ne dit point quelle est la nature des accidens nerveux, ni quelle sorte d'irrégularité dans les symptômes, ni ce qui détermine, ni ce qui peut arrêter la rapidité des sympathies. Il ne résulte de cet article, un peu prétentieux de style, aucune indication thérapeutique.

2° Une note de M. Carron du Villards sur l'emploi de l'huile de morue dans quelques affections rhumatismales et vermineuses. — Pour les détails sur l'huile de morue, l'auteur renvoie à un travail de M. Auguste Antoine Reder, publié à Rostoch en 1826, et aux analyses de MM. Gay-Lussac, Thénard et Chevreul. Ce dernier y a découvert un principe particulier, qu'il a nommé *cétine*. Le *Journal d'Hufeland* a publié un grand nombre de faits sur l'usage de l'huile de morue. C'est l'huile limpide blanche qui doit être employée, c'est-à-dire celle que l'action du soleil fait sortir des foies de ce poisson exposés à ses rayons. L'huile limpide brune, qui résulte de la putréfaction de ces foies, ne convient que pour l'usage extérieur. A l'intérieur, l'huile de morue se donne à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche par jour pour les adultes, autant de cuillerées à café pour les enfans.

3° De l'emploi de l'ammoniaque pour combattre les rapports acides qui ont lieu pendant la digestion. — M. Chevallier, sujet à des rapports acides très désagréables, n'ayant pu s'en débarrasser au moyen de la magnésie, qui, d'autres fois, lui avait bien réussi, se sentit immédiatement soulagé par l'ammoniaque.

Voici la formule qu'il propose :

℞ Eau distillée. ℥v.
Eau dist. de menthe . ℥iv.
Ammoniaque. goutt. iij.

A prendre en une ou deux fois.

4° *Considérations thérapeutiques sur le rétrécissement de l'intestin rectum*, par M. Rognetta. — L'auteur de cet article rappelle plusieurs points de pratique des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, dans la maladie que nous venons de nommer. Quand le rétrécissement est assez considérable pour qu'une mèche, même très petite, ne puisse pas le franchir, il ne faut pas s'obstiner à porter la mèche à travers la portion rétrécie. M. Dupuytren, ici comme dans les cas de rétrécissement de l'urètre, se contente d'aller avec la mèche jusqu'au rétrécissement, et de produire, par cette excitation, un écoulement qui dégorge les parties, et qui permet,

le lendemain ou les jours suivans, de pénétrer plus avant. Il appelle ce genre de dilatation *dilatation vitale*, par opposition à la *dilatation mécanique* produite par la compression de la mèche introduite dans la portion rétrécie. — Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ont renoncé à enduire la mèche d'onguent mercuriel dans les rétrécissemens syphilitiques : selon eux, la pommade mercurielle augmente les progrès du mal par l'irritation inflammatoire dont elle est cause. Dans les mêmes affections, M. Dupuytren préfère, comme traitement général, les frictions mercurielles à l'introduction du sublimé par la bouche. Il a remarqué que le sublimé n'est qu'en partie absorbé dans la portion supérieure du canal intestinal, et qu'il porte une irritation fâcheuse sur la portion inférieure.

5° *Note sur les bains de l'hôpital Saint-Louis et sur leurs effets thérapeutiques*, par M. Biett, médecin de cet hôpital. — L'hôpital Saint-Louis, abandonné en quelque sorte pendant une partie du dernier siècle, et devenu un asile d'incurables, fut rendu à son importance primitive par le ministre Chaptal, et recut successivement de grandes améliorations. Un dispensaire, ou traitement externe, fut tenté en 1815, et définitivement organisé en 1817. La première année, le nombre des malades qui y affluèrent fut de 10 à 15,000; plus tard, il s'éleva jusqu'à 25,000. Avant l'institution du dispensaire, la population moyenne de l'hôpital Saint-Louis était de 1,000; la création de ce beau service permit de la réduire à 800, et pendant plusieurs années elle est descendue à 750.

En 1780, il n'y avait guère à Paris que deux établissemens de bains : l'un sur la rivière, connu sous le nom de *bains Poitevin*, l'autre sur le quai d'Orsay. En 1800, les thermes de Tivoli furent ouverts, à la suite des travaux faits par Bayen, Thouvenel, Fourcroy, Vauquelin, sur l'eau sulfureuse d'Enghien. — La création des bains de l'hôpital Saint-Louis a fait descendre la révolution hygiénique qui s'est opérée en France depuis quarante ans jusque dans les classes les plus inférieures de la société. Dans deux salles de quatre-vingt pieds de longueur sont réunies 72 baignoires disposées en ligne parallèle, séparées par une double conduite d'eau chaude et d'eau froide, dont les robinets, à mouvemens circulaires, peuvent s'ouvrir dans chaque baignoire.

Après ces détails historiques et statistiques, M. Biett examine les cas d'emploi convenable des bains simples et des bains médicamenteux dans les maladies de la peau :

Bains simples. — Leur utilité a surtout été constatée dans les formes *squammeuses sèches*, bien qu'alors ils ne soient qu'un utile adjuvant; dans les formes *papuleuses*, leur efficacité est moins marquée; cependant ils apaisent le prurit de quelques *lichens*, pourvu que la température du bain ne soit jamais portée au-dessus de 28° Réaumur; dans les *affections vésiculeuses*, ils ne conviennent que quand l'inflammation commence à décroître, et également dans le second temps des formes *impétigineuses*, quand les croûtes ont succédé aux pustules.

Bains alcalins. — M. Biett, frappé des bons effets des bains de mer chauds, qu'il avait vu administrer à Margate et à Brighthon, en 1816,

introduisit à l'hôpital Saint-Louis l'usage des bains alcalins, qui offrent une grande analogie. — Efficaces dans les formes papuleuses, dans les formes squammeuses sèches, dans les formes variées de l'impetigo, dans le favus, dans l'ecthyma luridum, et dans quelques formes tuberculeuses, comme Pelephantiasis. — Très peu utiles dans les formes eczématisques. — La composition de ces bains consiste à faire dissoudre dans un bain ℥ viij — ℥j de sous-carbonate de soude.

Bains sulfureux. — M. Alibert en a beaucoup répandu l'usage, et les a surtout préconisés au déclin des affections vésiculeuses. — Moins utiles dans les affections papuleuses que les bains alcalins, — efficaces contre la gale, mais d'une manière plus marquée chez les enfans que chez les adultes, — ils aggravent la maladie lorsqu'ils sont employés dans la période inflammatoire. — La composition des bains sulfureux de l'hôpital Saint-Louis consiste à ajouter à un bain ℥ viij d'hydro-sulfure de potasse, et environ ℥ ij d'acide sulfurique étendu.

Bains acides. — Acide hydro-chlorique ℥ iv — viij — x, pour un bain. — Le docteur Scott, qui a long-temps pratiqué la médecine à Bombay, introduisit dans la thérapeutique les bains qu'il trouva utiles dans les maladies du foie, observées par lui dans l'île de la Salsette, et qu'on a vus agir avec efficacité à l'hôpital Saint-Louis, dans les affections squammeuses sèches.

Bains d'ondée ou de pluie. — Généralement employés en Angleterre (*shower-baths*). — On en a fait usage à l'hôpital Saint-Louis avec avantage contre des chorées graves, contre l'hystérie, contre l'épilepsie, contre des affections squammeuses générales, dans lesquelles l'enveloppe tégumentaire était comme engourdie. — Administrés le plus souvent à la température de 18° — 20°.

6° *De la compression dans les érysipèles p^r legmoneux, et en général dans toute inflammation aiguë du tissu cellulaire cutané des membres.* — L'auteur de cet article range en quatre groupes les cas où la compression a été employée : 1° Les érysipèles développés spontanément, sans plaie ; 2° Les érysipèles œdémateux ; 3° Les érysipèles, suites de plaies accidentelles ; 4° Les érysipèles compliquant les grandes opérations chirurgicales. Pour que la compression soit efficace, il recommande de varier avec précaution et intelligence la compression, suivant le degré de la douleur et du gonflement. Quelquefois il faut comprimer un membre d'une extrémité vers sa racine, d'autres fois dans le sens contraire, ou des deux extrémités vers la partie moyenne ; la pression doit être régulière, exacte et bien graduée, elle doit commencer au-dessous du point enflammé, et ne se terminer qu'assez loin au-dessus ; le bandage doit être réappliqué dès qu'il se déplace. — Les principaux travaux faits en France sur ce point de thérapeutique, depuis les premières tentatives du célèbre chirurgien allemand, The-den, sont de MM. Bretonneau, Velpeau, Dupuytren, Roux.

7° *Comment faut-il terminer l'accouchement lorsqu'un bras de l'enfant se présente ou est déjà sorti?* par M. CAPURON. — Le bras de l'enfant peut se présenter à l'orifice de l'utérus,

même s'y engager avant la rupture des membranes, ou après l'écoulement des eaux de l'amnios. — Dans le premier cas, la mobilité du fœtus le ramène souvent à une position céphalique : il faut attendre. — Dans le second cas, où l'orifice utérin est souple et complètement dilaté, on peut et on doit tenter la version ; ou bien, si l'utérus est contracté, fortement serré sur le corps de l'enfant et sur le bras sorti, il faut, pour assouplir les parties et rendre la version possible, saigner et faire prendre des bains. Alph. Leroy regardait la saignée, dans cette dernière circonstance, comme l'ancre de salut de la femme. Quelquefois l'accoucheur n'est appelé qu'après d'inutiles et violentes manœuvres, lorsque le gonflement et la sensibilité des organes génitaux et de leurs annexes en attestent l'inflammation aiguë : c'est encore sur les moyens précédens qu'il est nécessaire d'insister, quoiqu'alors on le fasse avec incomparablement moins d'avantage.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(Mai 1834.)

Le cahier de mai de ce recueil contient les articles *originaux* suivans : 1° Un petit mémoire sur l'amaurose saturnine, par M. Duplay, chef de clinique à l'hôpital de la Pitié ; 2° une observation d'hydropisie de l'utérus, recueillie par M. Gabriel Pelletan avec des réflexions de M. Guillemot ; 3° des considérations de clinique chirurgicale, par M. le docteur Laugier ; 4° une note relative à la pathologie du fœtus, par M. Ollivier (d'Angers).

1° *Amaurose saturnine.* M. Duplay se plaint à plusieurs reprises de ce que les auteurs qui se sont occupés d'amaurose, n'aient pas signalé comme cause de cette maladie l'empoisonnement par les préparations de plomb ou aient passé légèrement sur ce fait ; il voudrait combler cette lacune.

Cependant les faits d'amaurose à la suite de colique de plomb ne sont pas communs de l'aveu de l'auteur. Il n'a vu lui-même qu'un seul cas : M. Boyer lui a déclaré n'en avoir rencontré que deux ou trois exemples ; il est vrai qu'il a ouï M. Trousseau dire en public que ces faits ont été observés par lui un très grand nombre de fois. A peine en trouve-t-on quelques-uns épars çà et là dans les auteurs et les recueils.

Quoi qu'il en soit de la fréquence de cet accident, M. Duplay n'en a rapproché les exemples que pour les faire servir à la solution de plusieurs de ces questions : D'où vient que l'amaurose saturnine arrive si fréquemment ? Quelle sera sa durée ? Le malade doit-il recouvrer la vue ou la perdre à toujours ? cette complication exige-t-elle un traitement particulier ? Toutes choses, on en convient, qui intéressent au plus haut point le médecin et le malade.

A côté de ces observations d'amauroses succédant à la colique métallique, M. Duplay trouve intéressant de placer certaines coliques violentes avec constipation opiniâtre, cédant aussi aux purgatifs énergiques et se compliquant d'amaurose comme la colique de plomb. Félix Plater, Henry Smetius, Hildesius et Lucas Schroech, les éphémérides des curieux de

la nature, et l'ancien journal de médecine, sont les auteurs ou les ouvrages auxquels il emprunte ses citations.

Résumant enfin le petit nombre de faits dans lesquels on a vu survenir l'amaurose soit à la suite de la colique saturnine, soit à la suite de coliques, soit à la suite de ces autres coliques non saturnines et qu'il appelle nerveuses, M. Duplay en tire les conclusions suivantes qui peuvent être prématurées et seulement dans le but d'attirer l'attention des observateurs : 1° L'amaurose qui succède aux coliques saturnines ou aux coliques nerveuses se montre d'une manière brusque et spontanée; 2° ordinairement elle se montre après plusieurs atteintes de coliques; 3° chez la plupart des malades on voit ce symptôme précédé d'autres troubles d'innervation; 4° pendant la cécité, dilatation et immobilité de la pupille; 5° l'amaurose saturnine acquiert en quelques heures son summum d'intensité; 6° cet accident présente ordinairement une durée courte; 7° le nombre des récidives de la colique ne semble pas influencer sur la gravité de l'amaurose; 8° dans la plupart des cas l'amaurose a disparu sous l'influence du traitement de la colique de plomb. Dans un seul cas les émissions sanguines ont paru être utiles.

Hydropisie de l'utérus. — Vers la fin d'août 1833, la dame C..., âgée de 41 ans, éprouva une aménorrhée sans autres symptômes de grossesse que quelques nausées légères, qui l'incommodaient déjà depuis un temps assez long. Trois mois plus tard, volume du ventre peu augmenté; mais à partir de cette époque, développement successif et extraordinaire de cette cavité.

Un médecin consulté annonce une hydropisie abdominale, et fait placer en deux fois sur le ventre quarante sangsues qui soulagent peu et n'empêchent pas le grossissement. Un autre médecin fait le même diagnostic, et au moyen de purgatifs et diurétiques paraît d'abord avoir quelques succès et bientôt devient impuissant.

Dans la nuit du 15 au 16 janvier, surviennent des douleurs vives qui font penser à la malade qu'elle peut être enceinte sur le point d'accoucher. Une sage-femme mandée, déclare aussi qu'il y a hydropisie abdominale sans grossesse. Cependant après quelques jours et malgré la cessation des douleurs, M. Pelletan est appelé et reconnaît, une grossesse avec un excès de liquide renfermé dans la membrane de l'amnios.

Les signes sur lesquels M. Pelletan fonda son diagnostic, furent : 1° La forme du ventre, arrondi en avant, aplati sur les côtés, 2° fluctuation nulle aux parties latérales, évidente en devant, 3° reconnaissance par le toucher, dans le col utérin très assoupli, du membre inférieur d'un fœtus.

Mais la grossesse était-elle simple? le fœtus était-il vivant? l'auscultation n'apprenant rien, ces questions restaient entières.

La dame C... voyait son existence menacée. Le médecin convaincu qu'elle ne pourrait vivre jusqu'à la maturité de son fruit, presque certain qu'il était déjà mort, crut qu'il était temps de sauver la mère.

A l'aide d'une pince à pansement, il déchira la membrane qui se présentait au col utérin, fit écouler graduellement le liquide inclu. L'effet immédiat fut un grand soulagement; puis, à

mesure de l'écoulement des lipothymies, qui ne cessèrent quelques cuillerées d'eau et de vin. On retira huit pintes de sérosité.

Les forces ranimées, avec les doigts on dilata doucement le col de l'utérus et un fœtus fut amené par les pieds. Il était mort, probablement depuis plusieurs jours. Le second fœtus vint très facilement, il paraissait mort depuis sept à huit jours. Bientôt sortit le double placenta et du sang pur comme dans un accouchement ordinaire.

Pendant toute la manœuvre, la matrice ne donna aucun signe de contraction expulsive. Aucune douleur ne fut éprouvée. — Cataplasme sur le ventre, diète, repos, boisson simple.

Le septième jour la malade était en parfaite convalescence.

Les réflexions de M. Guillemot portent principalement sur les erreurs de diagnostic en pareille matière et sur les signes qui doivent les faire éviter.

Notes relatives à la pathologie du fœtus.

A. Une disposition insolite de quelque partie du corps de l'embryon peut donner lieu à une altération de la peau qui couvre les parties.

Observation I. Ulcération de la peau. — On apporta à M. Ollivier un enfant né depuis deux jours qui présentait la variété rare du pied-bot dans laquelle les deux pieds sont renversés, chacun sur sa jambe, de manière que leur face dorsale est appliquée sur la face antérieure de la jambe. Dans le pli résultant de la flexion forcée, on voyait à gauche deux ulcérations de la peau, à fond grisâtre, à bords rouges et saignants; ayant l'aspect d'un bubon au deuxième degré. Le droit présentant au même lieu une large escarre d'un gris jaunâtre entouré d'un cercle rouge et saignant, ayant le même aspect. L'accoucheur avait fait en vain appliquer des compresses d'eau de guimauve.

M. O. fit placer un bandage extensif et recouvrir les surfaces ulcérées de linge enduit de cérat saturné. La cicatrisation et le redressement des deux pieds furent la suite de ce traitement.

M. O. trouve que ce fait sert à démontrer l'usage des eaux de l'amnios, qui est, selon lui, d'entretenir l'isolement des parties rapprochées qui, sans ce liquide, ne manqueraient pas de s'enflammer, se ramollir et s'ulcérer.

B. Les affections cutanées congénitales ne sont ordinairement que la répétition des maladies observées après la naissance; il n'en est pourtant pas ainsi dans le fait suivant dont M. O. ne connaît aucun exemple :

Observation II. — Sur le cadavre d'un fœtus retiré de la Seine où il était probablement depuis deux ou trois semaines, il existait sur toute la partie antérieure de la poitrine et sur l'abdomen un nombre infini de verrues blanc-grisâtres de la largeur d'une lentille et pédiculée. En détachant l'épiderme, on voyait que ces excroissances le traversaient sans en être recouvertes, la dissection montrait qu'elles naissaient du derme du tissu cellulaire sous-cutané.

L'une et l'autre épaule, les deux bras jusqu'au coude, les cuisses et les fesses, étaient couvertes symétriquement par des fortes verrues. Plusieurs avaient la couleur des éphélides :

aucune analogie n'existait entre ces verrues et les différentes espèces de syphilides.

C. *Observation III.* — MM. Ferrus et Ollivier (d'Angers), en ouvrant un fœtus de trois mois, trouvé dans un clos voisin de l'hôpital de la Pitié, trouvèrent au-devant et à la moitié droite du cou, une tumeur rougeâtre, molle, fluctuante, dont l'incision fit sortir une quantité de pus crémeux, blanchâtre, sans odeur.

On pourrait penser que cet abcès était le résultat de tentatives coupables pour produire

l'avortement. Mais, comme rien ne vient justifier cette présomption, MM. F. et O. aiment mieux l'attribuer à une affection naturelle du tissu cellulaire sous-cutané, qui se trouverait ainsi dès les premiers mois de la vie intra-utérine, et quoique imparfaitement formé, déjà susceptible d'inflammation et de suppuration, comme après la naissance.

Nota. Nous renvoyons au prochain numéro l'analyse de la *Revue médicale*.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

April 1834.)

I. *Leçons cliniques du docteur Craigie, professeur de médecine pratique, à Edimbourg, etc.* — La majeure partie de ce travail est remplie par une longue dissertation sur la fièvre continue, appuyée sur quelques observations personnelles à l'auteur, et sur un grand nombre de citations empruntées, pour la plupart, aux médecins français. Les altérations locales sont considérées sinon comme une conséquence, au moins comme une simple concomitance de l'état fébrile. Les divers phénomènes dynamiques et organiques sont attribués à la difficulté, au trouble de la circulation capillaire. Dans le reste du Mémoire, il est dit quelques mots de l'érysipèle, qu'on a traité le plus souvent par la saignée, les purgatifs, les émétiques et les applications d'eau vé géto-minérale. Vient ensuite deux observations de variole, terminées par la mort, à la suite de laquelle on a trouvé un état œdémateux et inflammatoire de la membrane des voies aériennes.

II. *Fièvre endémique observée à Templemore (Irlande); par le docteur Richard Paole.* — Suivant l'auteur, il s'agit d'une fièvre essentiellement gastro-entérique, qui a sévi parmi les nouvelles recrues des régimens anglais en Irlande, et qui a frappé en très grande majorité les individus pléthoriques. Elle s'est présentée sous deux formes : dans la première, prostration, brisement, céphalalgie, somnolence, pouls rapide, peau moite et assez fraîche le jour, sèche et brûlante le soir; aucun symptôme significatif des premières voies, si ce n'est de l'anorexie. Dans la seconde, diarrhée abondante accompagnée de tous les signes de la gastro-entérite; phénomènes cérébraux, jactitation ou torpeur, etc. Dès que la maladie avait franchi l'époque d'invasion, les deux formes se confondaient presque.

Traitement. Saignées générales, rarement locales; abstinence, boissons acidules; l'acétate et l'hydro-chlorate de morphine ont déterminé des vomissemens bilieux, et n'ont produit aucun soulagement. Dans la seconde période de l'épidémie, l'effet des sédatifs opiacés fut, au contraire, très favorable. Les stimulans ont été employés dans un petit nombre de cas, mais sans succès.

Autopsie. Dans le petit nombre d'inspections cadavériques auxquelles on a pu se livrer, on a trouvé des épanchemens séreux sous-arachnoïdiens; quelquefois un peu d'injection du cerveau, et de sérosité dans le canal rachidien; en-

fin, des états fort divers, et par conséquent peu concluans, des voies digestives.

III. *Remarques sur le beriberi; par le docteur Weight, à Madras.* — Les Hindous attribuent le beriberi à quelques substances malfaisantes dont l'air et les eaux sont imprégnés dans certaines saisons. Cette maladie est caractérisée par l'affaiblissement excessif des membres inférieurs, avec engorgement œdémateux de ces parties, par des symptômes de congestion cérébrale et d'épanchemens sous-arachnoïdiens, et par une constipation opiniâtre. Les malades périssent, en général, par la stase sanguine ou séreuse dans le cerveau et dans le poumon. Les purgatifs, les antimoniaux, d'une part; de l'autre, la saignée et les sangsues, sont employés avec des chances peu différentes.

IV. *Abcès du médiastin antérieur, avec fracture du sternum par M. Dunean Reid, chirurgien à Aberdeen.* — Observation fort longue et qui n'offre rien de bien remarquable.

V. *Cas d'évolution spontanée du fœtus; par le docteur Malcolm.* — M. Malcom fut appelé pour un accouchement difficile, dans lequel l'un des bras de l'enfant était déjà pendant au dehors du vagin, et l'épaule engagée sous le pubis de la mère. Les contractions de l'utérus étaient énergiques, l'administration d'une potion avec 150 gouttes de teinture d'opium les rendit plus violentes encore. En introduisant, avec peine, deux doigts dans le vagin, l'accoucheur trouva les deux pieds placés de manière à lui faire croire que les fesses étaient au niveau de l'articulation sacro-vertébrale; des tractions ménagées avec adresse amenèrent successivement les jambes, les fesses, le tronc, l'autre bras et la tête, sans qu'il fût besoin de repousser dans la matrice le bras déjà sorti, sans qu'il y eût rupture du périnée, etc. L'enfant était mort. M. Malcolm pense que ce cas et d'autres du même genre, peuvent modifier, par la suite, la pratique des accouchemens en ce qui regarde la version.

VI. *Observations sur la macération, dans l'eau, de divers tissus de l'économie humaine; par M. John Davy, etc.* — M. John Davy a répété, avec un soin minutieux, les expériences qui ont conduit Bichat à la distinction des tissus, et il s'en faut de beaucoup qu'il soit arrivé à des résultats identiques. Il n'a pourtant négligé aucune des précautions nécessaires pour justifier de sa bonne foi, et des circonstances qui pouvaient influer sur l'expérimentation à laquelle il s'est livré. Il note avec soin la forme, la matière et la capacité des vases dont il s'est servi, la température et la composition chimi-

que de l'eau qu'il a employée, la manière dont les pièces y étaient suspendues, enfin, l'état particulier des individus sur le cadavre desquels elles ont été prises.

Nous regrettons de ne pouvoir rendre compte de faits aussi curieux; mais bien qu'exposés avec une extrême concision, ils occupent dans l'original un espace considérable. La conclusion générale de ce travail est que l'auteur se trouve conduit par l'observation à préférer la doctrine de Haller (fibre élémentaire) à celle de Bichat, dont il fait, du reste, un brillant éloge. Il insiste surtout sur ce principe qui, je crois, n'est pas contesté, comme il le suppose, par les médecins français, savoir: que la continuité de tissu n'est point une preuve de l'identité de tissu.

VII. *Observations sur l'arsenic*; par Alexandre Murray, d'Edimbourg. — L'auteur propose une méthode plus simple et plus à la portée des praticiens pour reconnaître la présence de l'arsenic dans le cas d'empoisonnement. Cette méthode est fondée sur diverses expériences dont voici les principales: 1° si l'on place sur un morceau de papier ordinaire une très petite quantité d'arsenic que l'on y fait pénétrer en exerçant des frictions avec un pilon de verre, et si l'on fait tomber, sur le tain qui résulte de cette opération, une goutte d'une solution de nitrate d'argent; si l'on présente ce papier, l'arsenic en dessus, au goulot d'un flacon d'ammoniaque, plongé dans un bain-marie, la tache arsénicale devient sur-le-champ d'un beau jaunecitrin; 2° si, dans cette expérience, on substitue à la solution de nitrate d'argent une solution de sulfate de cuivre, on obtient des stries bleues et vertes, et ensuite une belle couleur bleue qui passe rapidement au vert, si l'on ex-

pose le papier à la vapeur d'eau; 3° ces deux expériences ont le même résultat si l'on remplace la vapeur d'ammoniaque par une goutte de cette liqueur, etc. M. Murray pense qu'à l'aide de ce procédé, on peut arriver à reconnaître un millième de grain d'arsenic; il n'a point fait d'expériences directes sur les matières provenant du canal digestif de personnes empoisonnées par l'arsenic.

VIII. *Observations d'aliénation mentale, terminées par la mort, accompagnées des ouvertures des cadavres*; par le docteur John Smith, Edimbourg. — Ce Mémoire nous a paru ajouter peu de chose aux faits déjà recueillis en France.

IX. *Observations sur la mortalité des soldats anglais, dans l'Inde*; par le docteur W. Burke. — La gastrite, l'entérite, le splénilis et l'ascite sont les causes les plus ordinaires de mort; et cependant l'apoplexie (ou coup de soleil) enlève à elle seule plus de soldats que ces quatre maladies.

X. *Remarques sur le prolapsus de l'utérus et de la vessie dans l'état de grossesse*; par le docteur J. Robertson, Manchester. — Les accidents de ce genre sont attribués, par l'auteur, au relâchement du tissu dense et résistant qui ferme l'arcade pelvienne et au travers duquel l'urètre, le vagin et le rectum pénètrent pour s'ouvrir au dehors. Ce relâchement est dû, le plus ordinairement, à une première grossesse. Le repos, et la position horizontale sont les seuls moyens efficaces de traitement; les lotions astringentes, les pessaires, etc., sont inutiles ou même nuisibles.

XI. *Cas d'absence du vagin*; par le docteur J. Edwards, de Forfar. — Il s'agit simplement d'une oblitération du vagin, guérie par incision.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND. (Mars 1834.)

I. *Rapprochemens et observations*, etc.; par le docteur Pitschaft, etc. — « Qu'on dise ce » qu'on voudra, sans la lecture assidue des anciens et des modernes, il n'est pas possible » de devenir un bon et utile médecin. » C'est par cette citation que commence le travail de M. Pitschaft; elle en indique suffisamment l'esprit: le mémoire entier peint la pratique de l'auteur, et cette pratique est de l'érudition mise en œuvre. Ainsi sont passés successivement en revue l'efficacité du camphre contre les pollutions nocturnes, le priapisme, la fécondité excessive; celle des préparations de fer, qui n'est pas, à beaucoup près, aussi bien démontrée, contre le cancer en général, et le squirrhe de l'utérus en particulier; l'action favorable de la vaccination sur les croûtes laiteuses, les dartres, la teigne, les ophthalmies scrophuleuses, etc.; celle des onctions faites avec l'extrait de belladone sur le col de la matrice, dans l'occlusion spasmodique de cet organe; celle de l'ammoniaque, déjà recommandé par Richard Mead, dans les empoisonnements par l'acide hydrocyanique; celle de l'arnica, de la valériane et des excitans en général dans le cas d'affaiblissement de la vue survenu à la suite

de blessures au sourcil. L'usage de l'écorce de racine de grenadier, contre le tænia, préconisé dans quelques journaux récents, avait déjà été conseillé par Pline, Dioscoride, Celse, Cœlius-Aurelianus, Alexandre de Tralles, Marcellus-Empiricus, Avicenne, Camerarius, Cartheuser, etc.; les passages sont cités textuellement par M. Pitschaft. — Carminati conseille d'entretenir une chaleur uniforme autour des enfans menacés d'endurcissement du tissu cellulaire, et de les saupoudrer de farine. Ne pourrait-on substituer à la farine la poudre de lycopode, que Lichtenberg recommande contre le froid habituel aux pieds? — Baglivi (*op. omn.*, p. 59) regarde comme très efficace contre les vers l'eau dans laquelle on a fait bouillir du mercure. Magendie, Bremser et autres ont employé avec succès le même remède. — En somme, M. Pitschaft semble prendre un malin plaisir à dénicher les auteurs soi-disant originaux; il se plaint avec raison de la manie, qui commence à devenir générale, de publier des monographies sur une foule d'objets qu'on regarde ou qu'on a l'air de regarder comme n'ayant jamais été traités, bien qu'ils l'aient déjà été un grand nombre de fois.

II. *Des établissemens de quarantaine dans le sud de l'Europe*; par le Dr Link, Berlin. — L'auteur se plaint du défaut absolu de progrès dans les lazareths de l'Europe méridionale, et

particulièrement dans ceux de Trieste et de Zante ; ses observations sont plutôt politiques et administratives que médicales.

III. *Analyse de l'ouvrage de SACCO sur la varioloïde.*

IV. *Expériences sur l'action de la racine d'artemisia vulgaris contre l'éclampsie des enfans pendant la dentition ; par le Dr Biermann, à Peine.* — Après une dissertation aussi longue que peu intéressante sur la question de savoir si la dentition doit être considérée comme un état maladif, l'auteur finit par dire que Burdach, Gittermann et autres ont employé avec succès la racine d'*artemisia vulgaris* contre les accidens nerveux qui accompagnent quelquefois le travail de l'éruption des dents. Il confirme les résultats obtenus par les précédens expérimentateurs. Il administre ce remède à doses croissantes, en commençant par un demi-grain chez les enfans d'un an ; une heure après on donne un grain ; une heure plus tard encore deux grains. Ce mode d'administration est indispensable pour que la crise ne survienne pas trop brusquement. Chez les enfans de deux ans, il n'y a pas les mêmes précautions à prendre, et l'on peut donner le médicament à la dose de un ou deux grains par heure. La troisième dose amène ordinairement la crise qui dérive l'excitant nerveux fixé maladivement sur un point du cerveau.

V. *Observation de métastase goutteuse ; recueillie par Lentin.* — Hommage rendu à la mémoire de ce médecin par le docteur Sachse, son gendre.

VI. *Observations sur l'efficacité des eaux minérales ferrugineuses de Driburg ; par le Dr Bruch, médecin de cet établissement.* — Dans ce travail d'un intérêt tout local, l'auteur explique l'action des eaux de Driburg sur le système nerveux ganglionnaire, et leur utilité contre l'hypochondrie et l'hystérie.

VII. *Les eaux minérales de Franzensbad, etc.* par le Dr Conrath, etc. — Ce petit mémoire publié, ainsi que le précédent, à l'entrée du printemps, semble comme lui avoir pour but de rappeler aux médecins et aux malades l'existence des sources minérales. Nous en disons autant d'une espèce de prospectus ajouté au journal par le Dr Gutjahr, médecin aux bains de Gleissen (boues charbonneuses et métalliques).

Wissenschaftliche annalen der Gesammten Heilkunde, (journal de Hecker). Berlin.

I. *Paracelse sur les maladies mentales ; par le Dr Darmerow.* — L'auteur se plaint avec raison de la légèreté avec laquelle on juge les anciens, sans jeter seulement les yeux sur leurs écrits, et en se bornant à répéter ce qu'en ont dit également au hasard, des auteurs plus modernes. Que dirait-il donc, si, au lieu de vivre sur la terre classique de l'érudition il habitait le grand pays situé plus à l'ouest ? Par une exception bizarre, c'est peut-être en France que Paracelse est le mieux connu, au moins sous le rapport de ses travaux sur l'aliénation mentale. Il a observé les fous avec une rare finesse, et on sait qu'à un petit nombre d'extravagances près, qui appartiennent bien plus au temps qu'à l'homme, ses chapitres sur la manie, sur la mélancolie, etc. ne dépareraient pas nos livres modernes les plus estimés.

II. *Observations pratiques sur l'emploi de la*

décoction de Zittmann, dans les cas de syphilis invétérée ; par le Dr Behre. — C'est la seconde partie d'un Mémoire dont nous nous proposons de rendre compte très prochainement, avec plus d'étendue que nous ne pourrions le faire aujourd'hui.

III. *De la mortalité à Saint-Petersbourg, pendant l'année 1833.* — Avant l'invasion du choléra, en 1831, le nombre annuel des morts, dans la capitale de la Russie, variait généralement entre dix et onze mille, sur une population de 449,368 individus. Depuis lors, le nombre des habitans a éprouvé une réduction d'environ 4,000, réduction que Hufeland a attribuée, dans un Mémoire publié en 1832 ou 1833, d'une part à l'énorme augmentation du nombre des décès, et de l'autre part à l'affaiblissement des facultés génératrices pendant la durée de l'épidémie. Il est mort, en 1833, 10,836 hommes sur 291,290, et 6,249 femmes sur 153,845. Cependant aucune maladie n'a pris un caractère épidémique. Le nombre des naissances a été, pour le sexe masculin, de 4,775, et de 4,536 pour le sexe féminin. Ce fait est remarquable, et nous nous attendions à voir l'auteur en chercher la cause dans quelques circonstances locales ; c'est ce qu'il a complètement négligé de faire.

IV. *Traité des accouchemens, à l'usage des sages-femmes ; par Naegele.* — L'analyse de ce livre offrirait peu d'intérêt ; outre qu'il est purement élémentaire, le principe qui y domine est que la sage-femme doit être simple spectatrice, et qu'aussitôt qu'il y a nécessité d'agir, elle n'a autre chose à faire que d'appeler un médecin. Dès lors on conçoit que les questions graves ont été à peine effleurées.

V. *De l'extirpation de la langue ; par le Dr Jaeger.* — L'auteur ne voit aucune contr'indication à cette opération, à moins qu'elle n'ait pour but l'extirpation d'un cancer qui dépasserait en arrière la partie moyenne de la langue ; car alors la récurrence est certaine. Son procédé opératoire exige l'emploi d'instrumens nombreux et compliqués ; il varie suivant qu'il doit retrancher le bout, ou une portion latérale de l'organe, ou bien l'organe tout entier. Dans ce dernier cas, il divise la joue gauche, ou même l'une et l'autre joue. Je crois, avec Heyfelder, qu'une seule incision est bien suffisante. Le reste du Mémoire n'offre rien de bien neuf.

VI. *Considérations sur le traitement des aliénés ; par le Dr Loewenhayn, à Saint-Petersbourg.* — Ce livre est écrit en français. L'auteur y a consigné le résultat de ses voyages en France, en Angleterre, en Hollande, en Allemagne, où il a visité les hospices d'aliénés, et profité des leçons et des ouvrages des maîtres. Les documens recueillis par l'auteur sont fort curieux pour les médecins qui font une étude spéciale de la folie ; M. Esquirol est le guide qu'il a le plus généralement suivi, il n'en pouvait choisir un meilleur.

VII. *De la suette anglaise. Chapitre pour l'histoire médicale du xv^e et du xvi^e siècle ; par le Dr Hecker.* — Dans son préambule, l'auteur recherche les causes des épidémies, soit locales, soit générales ou pérégrinantes ; et il croit trouver une liaison entre ces fléaux et les grands phénomènes de la nature : les révolutions des corps célestes, les commotions profondes de la terre, les changemens survenus dans le niveau

des mers, la formation lente et la brusque éruption des volcans, les variations de climat et de température, les exhalaisons terrestres, les modifications observées dans la végétation, l'irruption et le passage d'animaux étrangers. Il faut que le microcosme se plie à ces changements de constitution du monde extérieur; et voilà pourquoi il y a des épidémies.

Après avoir indiqué les épidémies qui désolèrent l'Europe vers la fin du xv^e siècle, et avoir rapproché de ces faits les débordemens des principaux fleuves d'Italie, d'Allemagne, de France et d'Angleterre, ainsi que la viciation de l'atmosphère, et la perte des récoltes qui

en furent la conséquence, l'auteur arrive à la *suette*, qui sévit si cruellement en Angleterre et dans les autres contrées de l'Europe. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans cette description, sur laquelle il a su jeter plus d'un genre d'intérêt, et où il s'est efforcé, avec beaucoup d'art, d'établir des rapports entre les révolutions de la nature, et les maladies qui déciment l'espèce humaine. Ces considérations, d'une haute portée, conviennent également à notre époque et à notre profession. *Ante omnes, medicos decet esse philosophos.*

JOURNAUX ITALIENS.

OSSERVATORE MEDICO.

Paracentèse faite par l'ombilic.

On voit quelquefois, chez les ascitiques, la sérosité forcer le péritoine à l'endroit de l'ombilic, ou dans un point de la ligne blanche au-dessus ou au-dessous de cette cicatrice, et y former une tumeur qu'on pourrait nommer *hydromphale symptomatique*; on a vu également la sérosité se faire jour par une de ces tumeurs accidentelles, et la nature procurait ainsi tantôt une cure radicale, tantôt une cure temporaire. Un praticien de Naples a fait la paracenthèse à l'ombilic même avec une lancette, comme l'avait déjà pratiqué M. Dupuytren sur un hydro-pique affecté d'une enomphale depuis l'enfance.

C'est tirer bon parti d'une mauvaise circonstance. En effet, l'opération devient si simple par ce moyen, qu'on doit dire que le lieu et le procédé sont de nécessité plutôt que d'élection.

Suture du périnée.

Le docteur Mereogliano, ayant lu que M. Roux avait guéri plus d'une fois, par la suture, la rupture du périnée, survenue dans l'effort de l'accouchement, a entrepris la guérison de cet accident par la même méthode, mais en modifiant le procédé; c'est-à-dire qu'au lieu de la suture enchevillée, il a pratiqué la suture entortillée, telle qu'elle est en usage pour le bec de lièvre, et il a obtenu un succès complet. Voici le fait :

En octobre 1833, une femme eut le périnée déchiré jusqu'au podex dans un accouchement laborieux. Le chirurgien, appelé le second jour de l'événement, jugea que la suture entortillée était le seul moyen efficace de réunion, parce que l'écoulement des lochies était très abondant. Il passa donc des aiguilles d'or, qu'il laissa en place durant dix jours, et les lochies ne traversèrent aucunement la marche de la guérison.

Au bout de quelques mois, cette femme redevint enceinte et accoucha à terme, sans déchirure de la cicatrice.

Hernie étranglée, avec gangrène, et guérison de l'anus artificiel.

Un homme de 25 ans fut transporté à l'hôpital de Nole, le 28 juin 1833, pour une hernie inguinale du côté droit, étranglée depuis 17 jours. On ne pouvait douter de la gangrène de l'intestin. La tumeur était flasque, présentait une teinte livide dans son centre. Le pouls petit et

faible. Aussi, le chirurgien (le même docteur Mereogliano) n'hésita-t-il point à faire, sur la partie gangrénée, une incision qui donna issue à une humeur très fétide, mêlée de matière fécale et à des débris de membranes. Le pansement fut simple. On se contenta de faire des lotions et d'appliquer un cataplasme.

Le lendemain, à la levée de l'appareil, on s'aperçut, en nettoyant la plaie, que le testicule participait à la gangrène de l'intestin, dans la moitié de son volume. Le mal fit des progrès singuliers. Le quatrième jour de l'opération, il parut, près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des ilcs, une tumeur dont la compression faisait refluer des matières fécales du côté de l'aîne. Cette tumeur s'ouvrit d'elle-même le second jour, et alors il y eut deux anus artificiels; par celui de l'aîne sortit une portion d'intestin de la longueur de huit pouces environ. On pansa avec la poudre de quinquina et l'opium, et on croyait que tout allait bien, à en juger par le bon état des chairs, lorsqu'il s'ouvrit deux autres fistules stercorales entre les deux premières. De ces quatre fistules, trois ne fournissaient qu'un suintement stercoral, tandis que l'ouverture de l'aîne laissait sortir des matières consistantes. Mais, le plus étonnant c'est que, nonobstant la hernie de la longue portion d'intestin, l'évacuation alvine ne laissait pas de se faire par la voie naturelle. Comment expliquer ce phénomène? L'auteur propose deux explications. Ou il y avait interception, dit-il, ou il s'était fait, par gangrène, séquestration de cette portion intestinale, tout près du mésentère, si bien que, dans l'un et l'autre cas, le canal de l'intestin avait perdu de sa longueur, tout en conservant sa continuité.

Quoi qu'il en soit, l'opéré allait de mieux en mieux, les quatre fistules stercorales, surtout les deux dernières ouvertes, étaient réduites à peu de chose; mais que devint l'opérateur lorsqu'un matin, à sa visite, il ne trouva plus son malade et apprit qu'il s'était évadé? Néanmoins il ne le perdit pas de vue, et parvint à le retrouver à l'hôpital des Incurables où il s'était fait recevoir, après avoir erré quelque temps; mais bientôt encore, ennuyé de rester renfermé et désespérant de guérir sans un traitement particulier, l'infirmé s'évada de nouveau. Tout ce qu'il nous importe de savoir, c'est que le docteur revit son opéré à la fin de décembre, et s'assura de la guérison de ses quatre fistules stercorales. Cet homme gardait les troupeaux à la campagne.

III. — MÉLANGES.

BIBLIOGRAPHIE.



MAX. STOLL (1).

Il y a de très grands savans, de très ingénieux et très brillans artistes qui ont eu besoin, pour conquérir la renommée qui les attendait, de n'être point détournés, par les circonstances, de leur vocation naturelle et invincible, celui-ci de la mécanique, celui-là de la musique, cet autre du calcul algébrique, etc.; hors de là, le monde ne les eût pas connus. Parmi toutes les sciences et parmi tous les arts, la médecine, ce me semble, a cet honneur, que celui qui est fait pour la cultiver et la professer avec génie ne serait point perdu pour la société, lors même que le sort disposerait de lui autrement. Il y aurait toujours en lui cette pénétration d'esprit, cette force et cette vivacité d'attention, cette justesse de jugement, cette intelligence et cette sagesse qui constituent le grand observateur, et qui, appliquées à la littérature ou à la philosophie, c'est-à-dire à l'observation et à l'analyse du cœur humain ou de l'esprit humain, pourraient très naturellement produire Labruyère ou Bacon, Richardson ou Montesquieu. Les conditions de développement du génie seules seraient changées : il se trouverait jeté dans une autre gloire, voilà tout.

Ainsi, l'illustre médecin dont nous donnons aujourd'hui la vie faillit être un des plus grands

(1) Le portrait que nous mettons ici sous les yeux de nos lecteurs a été dessiné sur celui qui a été donné par le fils de Stoll à Corvisart, légué par Corvisart à Hallé, par Hallé à la Faculté de Médecine de Paris. Voici l'extrait du testament de Corvisart qui se trouve derrière ce portrait :

Extrait du testament olographe de M. le baron Corvisart, en date à la Garenne de Colombe du 14 avril 1817, déposé à M. Poisson, notaire à Paris, le 24 septembre 1821.

Je donne et lègue à monsieur Hallé, mon confrère,

humanistes de la société des Jésuites. Maximilien Stoll, né le 12 octobre 1742 à Erzingen, village de la seigneurie de Kettgau, en Souabe, de Pierre Stoll, maître en chirurgie, passa une partie de sa jeunesse dans le collège des Jésuites de Rotweil : il entra dans la société de Jésus en 1761, alla terminer ses études à Ingolstadt, et peu de temps après fut nommé professeur d'humanités dans l'université de Hall en Tyrol. Stoll fit de profondes études sur les langues grecque et latine, et, quelque bonne opinion qu'il nous ait donnée, depuis, de son latinisme par son style clair, naturel, élégant, sa prédilection particulière était pour la langue grecque, comme on peut le voir dans son *Discours sur les avantages de la langue grecque*. Il avait également beaucoup réfléchi sur l'éducation, et avait déjà en tête le plan d'une vaste réforme. Frappé, ainsi que tous nous l'avons été par expérience, de l'inutilité de la plus grande partie du temps que les enfans passent au collège, le professeur de Hall voulait non pas que ce temps fût abrégé (car il faut bien qu'il se passe!) mais qu'il fût employé conformément au véritable développement que veut la nature et qu'attend la société. Selon ses vues, on aurait beaucoup moins occupé l'enfance des choses qu'on la tue vainement à

le portrait en miniature du célèbre médecin Stoll. Il est unique et il m'a été donné par son fils unique. Je prie mon confrère Hallé de léguer, à sa mort, ce portrait au médecin qu'il croira le plus recommandable, qui en usera de même et ainsi à perpétuité, s'il ne préfère le léguer à notre Faculté.

*Certifié conforme à l'expédition
étant dans mes mains.*

Louis,
Exécuteur testamentaire.

comprendre, et on l'aurait beaucoup plus entretenue de celles qui frappent ses sens et son imagination; on lui aurait appris long-temps à traduire les langues classiques avant de l'obliger à composer dans des idiômes dont elle ne connaît pas la grammaire; on l'aurait de bonne heure intéressée par le récit des faits historiques et par la représentation de quelques faits physiques, de manière à écarter peu à peu de son esprit, et autant que possible, le mystère des phénomènes naturels; et, à mesure que l'intelligence se serait développée, on l'aurait mise au courant d'études plus fortes, plus sérieuses, plus réfléchies, en évitant toujours la fatigue par l'entremêlement heureux de la culture des arts, comme le dessin, la peinture, la musique, et des exercices gymnastiques, tels que la course, la danse, la nage. Chacun de nous n'a qu'à en appeler à ses souvenirs d'enfance et d'université: qu'a-t-il rêvé de mieux que Stoll?

Cette hardiesse innovatrice porta ombrage à la Société de Jésus, où le talent était permis, mais où l'indépendance d'esprit et de génie n'était pas supportée. Stoll fut disgracié, d'abord relégué à la petite université d'Eichstadt, puis fatigué d'assez de tracasseries pour quitter l'ordre en 1767.

Heureusement! car désormais il est à nous.

Après avoir suivi pendant une année à Strasbourg les leçons de la Faculté de Médecine, il fut attiré à Vienne par la réputation de de Haën, et se fit recevoir docteur en médecine dans la capitale de l'Autriche en 1772, conséquemment à l'âge de trente ans.

Il fut aussitôt envoyé par le gouvernement en Hongrie, où régnaient alors des épidémies meurtrières. Deux ans après, l'état déplorable de sa santé le força de revenir à Vienne, où, accablé de fatigue et de chagrins domestiques, il fut pris de cette fièvre maligne, de nature *biliense-putride*, dont il nous retrace l'histoire dans ses *Ephémérides* de 1777, et qui le tint, pendant plusieurs semaines, sur le bord de la tombe.

Dès que Stoll fut rendu à la santé, Stork le nomma pour remplacer à la chaire de médecine pratique ou clinique son maître de Haën, alors atteint de la maladie qui devait terminer ses jours. De Haën mourut, et la place définitive de professeur de médecine pratique à l'université de Vienne fut conférée à Maximilien Stoll, en 1776.

Ainsi, par les soins de l'impératrice Marie-Thérèse, l'école de Vienne voyait se succéder Van-Swieten, Stork, Mertens, Quarin, Stoll.

Depuis cette époque, 1776, jusqu'à sa mort, Stoll jouit à Vienne de la confiance universelle, et son enseignement clinique attira dans cette ville une foule de jeunes médecins étrangers. C'était à Vienne la même affluence que ç'avait été à Leyde, du temps de Boerhave.

Dans sa dernière maladie, il fut visité par l'empereur Joseph II, et mourut le 23 mai 1788, d'une attaque nouvelle et subite de fièvre rhumatismale qui se termina par un délire que l'on ne put arrêter.

Il est passé de mode aujourd'hui, dans un certain monde, de traiter Stoll légèrement, de dire qu'il ne voyait dans les maladies que la bile, et dans la thérapeutique que les vomitifs. On accuse ce grand homme de *monomanie bilieuse*, et on se dispense de le lire. Nous,

nous espérons et nous sommes convaincus que sa mémoire sera une des premières réhabilitée, et que sa gloire ressuscitera.

Le tort de Stoll a été de se laisser trop préoccuper par l'élément bilieux que présentaient, comme caractère principal, plusieurs des épidémies par lui observées. Mais, quoiqu'il soit bien convenu, je pense, que dans les maladies l'analyse des causes prochaines ou organiques soit en général une étude stérile, chacun de nous n'y a-t-il pas une tendance malheureuse, comme si c'était là le faible de notre science? Ce n'est plus la bile attachée entêtement à la muqueuse gastro-intestinale, ou voyageant d'un bout de l'économie à l'autre, qui est pour nous le point de départ de toute maladie: mais, en revanche, quels rôles variés n'avons-nous pas fait jouer à la fluxion sanguine? Ne l'avons-nous pas vue, aussi elle, se fixer ici, là, puis changer de place avec malignité pour passer d'un département à un autre? N'avons-nous pas eu aussi contre elle une panacée merveilleuse? Soyons donc tolérans pour Stoll, à cause de nos propres faiblesses, et, plus encore, à cause de son génie.

Les principaux modèles que Stoll mettait sans cesse sous ses yeux c'étaient Sydenham, Boerhave, Van-Swieten, et son maître de Haën: c'est par l'étude de ces médecins célèbres que Stoll exerçait le génie qui nous a donné le *ratio medendi*, œuvre imparfaite et mêlée, nous l'avons dit, mais œuvre admirable, œuvre digne d'être lue, relue et méditée, œuvre où se reconnaît à chaque ligne l'homme qui raconte ce qu'il a vu, comme il l'a vu, avec simplicité, franchise et loyauté. Peut-être est-ce là le caractère qui brille le plus dans Stoll: la loyauté. N'ayez pas peur qu'il recule devant un fait qui l'étonne, et qu'il éprouve le besoin ou de le tronquer, ou de le voiler, ou de le cacher: il sait que la *constitution* change souvent, de mille manières, et que la nature imprime aux maladies mille mouvemens différens; à chaque pas, il se laisse impressionner de ce qu'il a sous les yeux et il rend son impression, qu'elle soit favorable ou défavorable à celle d'hier. — Et ainsi, à force de patience, de courage, de pénétration, il parvient à déterminer le vrai caractère des maladies, répétant toujours que celui-là n'a aucun guide dans les maladies qui néglige les constitutions; *qui ad constitutiones anni attentus non est, nullam nec in acutis, neque in chronicis fidum ducem habebit.* — Il y a là toute une longue réponse à ceux qui se laissent embrouiller et jeter dans le scepticisme par quelques résultats d'expérience un peu différens. Ils ont manqué de patience et ne sont pas encore en droit d'accuser la science elle-même.

Il faudrait de longues pages pour apprécier convenablement Stoll: nous ne pouvons, dans cette notice, qu'exprimer, au nom de ses nombreux admirateurs, ce que nous sentons nous-mêmes, et le recommander à l'étude des jeunes gens qui nous lisent et qui aiment leur art. Selon nous, c'est le caractère de son propre talent qu'a donné Maximilien Stoll, en voulant tracer celui du vrai médecin: *medico opus est in curandis morbis sagacissimo, summè industrio, summè attento, perseverante, nec imprudenter festinante, indicationibus solùm certis, remediis solùm simplicissimis inhærente; ne-*

*que spe, neque metu, neque perviciâ,
neque præfidentiâ, neque aliud agendo, ne-
que novitatis studio in transversum acto.*

HENRI GOURAUD.

NOUVELLES.

Concours. — Dans notre dernier numéro nous avons dit que deux concours étaient ouverts à Paris, l'un pour une place de chirurgien au bureau central des hôpitaux de Paris; l'autre pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par la mort de Boyer. Le premier de ces concours est terminé, et M. Danyan, gendre de M. Roux, a été nommé à l'unanimité chirurgien du bureau central. Le deuxième est en pleine activité et les épreuves sont aussi belles qu'on devait l'attendre de pareils concurrents.

Nous avons aussi notre pensée sur le talent, les antécédens et la réussite de chacun des compétiteurs. Mais tant que la lutte dure encore, lorsque l'opinion de jeunes et nombreux témoins éclate avec un enthousiasme dont quelques-uns peuvent s'épouvanter, mais que nous jugeons, nous, louable et généreux, serait-il équitable, serait-il décent, serait-il digne de nommer aussi notre protégé, d'essayer un peu d'influence, d'élever un des athlètes au rang des demi-dieux, pour rabaisser d'autant ses pauvres rivaux? Non. Nous ne le croyons pas. Nous croyons même qu'une telle habitude, si elle se continuait, ne pourrait manquer de porter une mortelle atteinte à la noble et libre institution des concours; et nous ajoutons que rien ne nous paraît plus inutile, plus nuisible, plus dangereux au protégé qu'une pareille protection.

Association des médecins de Paris; fondée par M. Orfila. — L'association des médecins de Paris, fondée par M. Orfila, s'est réunie dimanche dernier sous sa présidence, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine,

pour entendre le compte-rendu des travaux de l'année, et pour renouveler le bureau. Cette société, dont l'existence ne date cependant que de 1833, se compose déjà de 415 souscripteurs, tous médecins, parmi lesquels figurent les plus grandes notabilités de la capitale. On a vu avec satisfaction que la caisse était dans un état prospère, qui avait déjà permis de secourir quelques confrères très âgés et infirmes, et plusieurs veuves ou filles de médecins étrangers à la société. Le succès d'une institution aussi philanthropique n'est plus un objet de doute pour les sociétaires; parce qu'elle assure aux familles de ceux qui seraient enlevés au début de leur carrière le moyen de soulager leurs infortunes. M. Orfila a été réélu président à l'unanimité, moins quatre voix, et M. Double vice-président.

Pièces d'anatomie artificielle. — M. Ameline, professeur d'anatomie à l'école secondaire de Caen, nous écrit pour nous prier d'insérer dans notre recueil, un rapport de la Société de Médecine de Caen, sur de nouvelles pièces d'anatomie artificielle dont il est l'inventeur. Nous ne pouvons insérer textuellement ce rapport, pour plusieurs raisons; et nous ne pouvons nous prononcer sur le mérite chirurgical de ces pièces que nous ne connaissons pas. Mais nous espérons avoir bientôt l'occasion de les voir et de les apprécier. C'est alors que M. le professeur Ameline jugera de notre disposition et de notre zèle à lui faire rendre bonne et tardive justice.

Réclamations. — Les capsules de gélatine, sur lesquelles M. Planche a fait un rapport favorable à l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 13 mai dernier, et que cette Compagnie a honorées de son approbation, n'ont pas été inventées seulement par M. Dublanc, mais par MM. Dublanc et Mothes. Cette rectification nous est demandée conjointement par les deux inventeurs associés.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

DE LA FORME HIPPOCRATIQUE DES DOIGTS DES TUBERCULEUX.

Hippocrate avait dit que les phthisiques avaient les doigts crochus (*Phthisicis ungues adunci*). Ce signe indiqué par le père de la médecine avait été ou mal interprété ou tout-à-fait oublié lorsque M. le docteur Pigeaux, dans un travail publié en 1832 (*Arch. gén. de Méd.*, tom. 29, pag. 174 et suiv.), appella de nouveau l'attention sur la forme particulière des doigts des phthisiques. Ce médecin à qui la science doit déjà un assez grand nombre de travaux recommandables, décrit avec un soin extrême le *doigt hippocratique*, indiqua les conditions sous l'influence desquelles il se développait, et s'appropriâ en quelque sorte la découverte d'un signe diagnostique qui souvent acquiert la plus grande importance.

Dans la planche qui accompagne ce numéro de notre journal, nous avons fait dessiner deux mains de femme moulées en plâtre sur nature vivante. L'une appartient à une courtisane célèbre et est remarquable par la beauté de ses

formes; l'autre est celle d'une femme de vingt-six ans, qui a succombé cette année à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Saint-Paul. Les deux doigts indicateurs ont été dessinés séparément et mis en regard pour mieux faire comprendre les différences remarquables qui existent.

Lorsqu'on examine dans son ensemble la *main hippocratique*, on est frappé sur-le-champ de la forme mousse de l'extrémité des doigts; la dernière phalange est plus courte, plus large et arrondie en massue. Dans l'autre main, au contraire, la dernière phalange est étroite, longue et mince.

Vu en arrière, le doigt régulier représente assez bien un cylindre qui va diminuant de diamètre jusqu'à l'extrémité de l'ongle; mais cette disposition n'existe pas dans le *doigt hippocratique*, le cylindre diminue, comme dans l'autre cas, de la base du doigt à l'extrémité de la deuxième phalange; mais, arrivé là, il grossit de nouveau jusqu'au milieu de la dernière phalange pour se terminer en un bout arrondi. Cette conformation s'observe beaucoup mieux encore en regardant les deux doigts indicateurs

que j'ai fait dessiner de profil. C'est même la meilleure manière d'examiner le doigt sur le vivant.

Si maintenant nous prenons isolément cette dernière phalange, nous voyons que son diamètre antéro-postérieur est notablement augmenté par le développement considérable de la pulpe du doigt, développement qui contraste avec la maigreur du reste de la main des phthisiques. La dissection a démontré à M. le docteur Pigeaux que l'os n'avait subi aucune augmentation de volume. Mais le tissu lamineux, situé à la base et sous la racine de l'ongle, s'est lui-même hypertrophié. Il en résulte que la racine de l'ongle est d'autant plus éloignée de l'os, et cet éloignement est tel qu'on la sent basculer lorsque l'on presse la face dorsale de la phalange. Or, le soulèvement de la racine de l'ongle produit deux phénomènes remarquables; d'abord l'effacement de l'angle obtus rentrant formé par la rencontre des plans de l'ongle et du dos du doigt; en second lieu l'*incurvation* notée par Hippocrate. On conçoit, en effet, que l'extrémité libre de l'ongle restant adhérente à la pulpe, tandis que sa base est soulevée, le plan de l'ongle, rencontre plus promptement le plan de la face palmaire du doigt; ce qui constitue l'*incurvation hippocratique*.

Je ne chercherai point à expliquer comment l'extrémité des doigts des phthisiques prend un si singulier développement alors que toutes les autres parties du corps s'atrophient: dans les sciences naturelles, nous ne connaissons la cause de rien; il nous suffit de constater l'existence d'un phénomène et d'étudier les rapports qui le lient à d'autres phénomènes, et il est bien remarquable que la forme hippocratique des doigts ne s'observe chez aucun de ceux qui meurent consumés par des maladies chroniques autres que les tubercules, tandis que les tuberculeux, quoique conservant encore de l'embonpoint, ont déjà les doigts déformés; ce qui prouve bien que la configuration hippocratique des doigts n'est pas due à l'amaigrissement de la main.

Depuis que M. le docteur Pigeaux a publié ses recherches sur le signe diagnostique qui fait le sujet de cet article, j'ai examiné avec le plus grand soin les doigts de tous les phthisiques que j'ai eu à traiter. Leur nombre s'est élevé à près de cent. J'ai comparativement étudié la forme des doigts chez les autres malades entrés dans les mêmes salles de l'Hôtel-Dieu, et chez ceux de la plupart des élèves qui suivent la clinique. Le résultat de ces recherches est le suivant. Je n'ai pas vu mourir de la phthisie pulmonaire un seul malade dont les doigts n'eussent pris plus ou moins la forme hippocratique. J'en excepte pourtant une femme atteinte d'une *phthisie galopante* qui l'emporta en moins d'un mois. Parmi les tuberculeux qui avaient depuis trois mois au moins de la matité au sommet de l'un des poumons, de la bronchophonie, du râle muqueux et caverneux, de la pectoriloquie, une expectoration puriforme ou purulente, en un mot, tous les signes de la phthisie confirmée; les neuf dixièmes à peu près avaient les *doigts hippocratiques*. Mais cette particularité ne s'observait que chez la moitié de ceux

qui n'avaient que les signes rationnels de la phthisie pulmonaire.

Sur un grand nombre d'individus qui ne présentaient aucun symptôme de phthisie, *deux* seulement avaient la *main hippocratique*; c'était une jeune fille de dix-huit ans qui mourut d'une maladie du cœur et qui n'avait dans les poumons que quelques petits tubercules isolés et non ramollis; et un jeune homme dont la santé est jusqu'ici restée inaltérable.

Le *développement hippocratique* de la dernière phalange se manifeste très rarement par de la douleur locale. Il commence par le pouce et l'indicateur de la main droite; viennent ensuite les deux mêmes doigts de la main gauche; et les autres doigts successivement dans leur ordre naturel. L'auriculaire a souvent conservé sa forme normale alors que déjà tous les autres doigts ont subi la déformation.

Je me résume.

A. La *forme hippocratique* des doigts est presque exclusivement propre aux tuberculeux.

B. Tous les tuberculeux n'ont pas la *main hippocratique*; mais tous ceux qui ont la *main hippocratique* sont tuberculeux, à très peu d'exceptions près.

C. Chez un individu tuberculeux, la *forme hippocratique* des doigts est d'autant plus prononcée, que la maladie tuberculeuse existe depuis plus long-temps.

Applications cliniques. Depuis la publication du travail de M. Pigeaux, et depuis que je me suis habitué à reconnaître les *doigts hippocratiques*, j'ai pu, dans un grand nombre de circonstances, diagnostiquer une phthisie tuberculeuse, alors que manquaient tous les signes ordinaires de cette redoutable affection, et, réciproquement, lorsque des catarrhes chroniques accompagnés de dilatation bronchique, et de fièvre, se manifestaient par les signes ordinaires de la phthisie, j'ai refusé d'admettre l'existence des tubercules parce que la main n'avait pas la *forme hippocratique*.

Ce signe diagnostique m'a plusieurs fois fait reconnaître la cause tuberculeuse de pleurésies, de péritonites et diarrhées chroniques; et il m'est souvent arrivé de présager une terminaison fatale dans ces maladies lorsque les doigts étaient déformés, bien qu'elles ne s'accompagnassent d'aucun symptôme alarmant; tandis que je conservais un espoir qui rarement était frustré lorsque avec des symptômes beaucoup plus sérieux les malades n'avaient pas la *main hippocratique*.

PLANCHE XI.

Forme de la main chez les tuberculeux.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

- A. Main de femme bien portante.
- B. Main de femme tuberculeuse.
- C. Doigt indicateur de la main normale.
- D. Doigt indicateur de la main déformée.

A. TROUSSEAU, *médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris* (1).

(1) Je voulais donner dans ce numéro la seconde partie de mon mémoire sur la trachéotomie dans le cas de croup; mais l'abondance des matériaux m'a obligé à ne le publier que dans le cahier suivant.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

DE L'EXPLORATION DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, comme moyen propre à établir le diagnostic des maladies de la matrice.

Située dans l'excavation du bassin, la matrice doit échapper facilement aux recherches faites dans le but de l'explorer; nous verrons en effet que, parmi les moyens que l'on emploie, les uns sont souvent infidèles, tandis que les autres présentent, il est vrai, plus de certitude, mais fournissent des renseignements incomplets, en ne permettant d'examiner qu'une portion de l'organe.

Si nous passons en revue les différens modes d'exploration mis en usage, nous voyons que celui qui a dû se présenter le premier, est le toucher par le vagin. C'est, en effet, un des plus commodes; il n'exige pas d'instrument spécial, et fournit des données assez satisfaisantes sur l'état du col. J'en dirai presque autant du toucher par le rectum et par l'hypogastre; les médecins ont dû être facilement portés à y avoir recours: dans tous ces cas, le tact seul était employé.

La vue pouvait fournir des renseignements d'une haute importance, et, cependant, ce mode d'exploration a été employé un des derniers; il fallait, en effet, inventer des instrumens, et il n'y a pas long-temps qu'on est arrivé à en imaginer qui donnent un résultat satisfaisant. Je parlerai enfin de l'exploration à l'aide d'une algalie portée dans la vessie. Nous allons reprendre chacun de ces procédés en particulier, et les examiner d'une manière toute pratique, c'est-à-dire sans entrer dans aucune recherche historique.

Toucher par le vagin.

Lorsque l'on pratique le toucher par le vagin on peut donner à la femme des positions différentes; ainsi, elle sera couchée ou debout, inclinée en avant, en arrière, ou accroupie.

Lorsque la femme est couchée, les viscères abdominaux ne pèsent pas de tout leur poids sur ceux qui sont contenus dans l'excavation du bassin, et ne tendent pas à abaisser la matrice. Si cette position est défavorable, en ce qu'elle force à introduire plus profondément le doigt explorateur, elle a le grand avantage de n'exiger aucun effort de station, et, par conséquent, de permettre aux parois abdominales de conserver leur souplesse. De la sorte, on peut joindre le toucher par l'hypogastre au toucher par le vagin. Cette position étant moins fatigante, la femme peut la garder plus long-temps; d'ailleurs elle permet de toucher facilement le col, et de mieux juger de son état, pour les raisons que nous avons indiquées; elle présen-

tera, en outre, les avantages de la position droite, si l'on engage la femme à faire des efforts, ou si l'on comprime au dessus des pubis.

La station présente des conditions tout à fait opposées; la matrice est abaissée par le poids des viscères abdominaux, et résiste davantage à l'effort qui tend à la soulever, et, par conséquent, on sera induit en erreur sur sa mobilité, et l'on pourra croire à des adhérences, suites d'anciennes métror-péritonites, à la rigidité des ligamens sus-pubiens, à une augmentation de volume de l'organe, etc., etc., etc.

Dans la position accroupie, l'utérus descend considérablement; il est des femmes chez lesquelles on peut alors apercevoir le col, en écartant les grandes et les petites lèvres, sans qu'il y ait de déplacement anormal de la matrice. La femme pourra encore s'accroupir (qu'on me passe l'expression), en se couchant sur le dos ou sur le côté, et l'on obtiendra ainsi les avantages réunis de la position que nous venons d'indiquer et du décubitus dorsal.

En faisant incliner la femme en avant ou en arrière, on peut incliner en même temps le bas fond de l'utérus, et corriger tout-à-fait ou diminuer seulement une anteversion ou une rétroversion plus ou moins prononcée.

L'état de réplétion ou de vacuité du rectum et de la vessie doivent influer sur la position de l'utérus. « C'est ainsi que, dans leur ouvrage, « M. Dugès et M^{me} Boivin regardent comme « une des causes de la rétroversion la réplétion « habituelle de la vessie. Ces auteurs précisent « encore que, dans l'anteversion légère, l'inclinaison du fond de l'organe est exagérée toutes « les fois que la vessie se vide, mais il n'en résulte aucune incommodité, et un changement « d'attitude, ou la réplétion de la vessie, réparent promptement cette petite déviation, qui « n'a rien de morbide. Il sera donc quelquefois « très important de vider ces deux réservoirs. »

Pour pratiquer le toucher, on se sert ordinairement du doigt indicateur, auquel on peut joindre, dans certaines circonstances, le médius; en effet, hors le temps de l'accouchement, il est, sinon impossible, du moins fort difficile d'introduire un plus grand nombre de doigts, à plus forte raison la main tout entière. Le plus ordinairement, comme nous l'avons dit, on n'introduit que le doigt indicateur; de sorte qu'une surface sentante bien petite sert à explorer le col et le corps de l'utérus: de là, la difficulté de comparer les sensations du toucher, de là, aussi, les erreurs faciles auxquelles il expose. Ceux qui se servent de deux doigts espèrent apprécier ainsi le volume de l'organe; mais, si ce moyen, proposé par les accoucheurs, afin de

mesurer les diamètres du bassin, est infidèle pour de grandes mesures, on conçoit qu'il trompera beaucoup mieux encore, lorsqu'il s'agira d'apprécier une différence de quelques lignes, surtout si l'on considère que les deux doigts sont inégaux en longueur.

Il est de précepte d'enduire le doigt d'un corps gras ou mucilagineux, tel que le cérat, l'huile, ou une forte décoction de graine de lin, etc., etc., etc. J'ai vu des médecins préférer mouiller leurs doigts avec de la salive, prétendant qu'un corps gras peut masquer les inégalités du col, et rendre ainsi l'appréciation de cet organe plus difficile. Je n'oserai pas traiter de caprice ou d'habitude des précautions peu importantes en elles-mêmes; je ferai seulement remarquer que, s'il existe aux doigts quelques excoriations qui prédisposent à l'absorption d'un virus, la présence d'un corps gras rendra l'infection moins facile.

Faut-il pour pénétrer dans le vagin, descendre, des pubis vers l'anneau vulvaire, ou ramener le doigt, de l'anus vers l'ouverture vaginale? cette dernière méthode est plus commode, et présente l'avantage d'éviter le clitoris.

Il y a plusieurs manières d'introduire le doigt: tantôt l'indicateur reste seul étendu, tandis que les autres doigts sont fléchis sur la main, tantôt on se contente d'écartier le médius, que l'on fait filer derrière l'anus; de cette manière, on gagne quelques lignes, ce qui n'est pas à dédaigner pour ceux dont le doigt a un peu de longueur. Il faut, en outre, avoir le soin de toujours présenter le doigt obliquement, de manière à ce que sa pulpe réponde à l'entrée du vagin; on arrive ainsi plus facilement et sans faire souffrir la femme.

Lorsque le doigt est introduit, il ne faut pas se contenter de l'appliquer çà et là dans le cul-de-sac du vagin ou sur le col; il est utile, je dirai même indispensable, pour comparer ses sensations, de procéder avec quelque méthode. Je ne donne pas comme règle invariable la marche que j'ai l'habitude de suivre; je vais cependant l'exposer, afin de mieux faire comprendre ma pensée.

Aussitôt entré dans le canal vulvo-utérin, je cherche à rencontrer l'extrémité du col, afin de reconnaître à quelle hauteur il se trouve; puis, il est bon d'explorer, chemin faisant, le vagin lui-même, de voir s'il ne serait pas le siège d'une lésion que l'on était tenté de rapporter à l'utérus. Je pousse ensuite le doigt jusqu'au cul-de-sac du vagin, ce qui permet de juger approximativement et la longueur du col, et la hauteur du corps de la matrice; je contourne ensuite la base du museau de tanche, pour apprécier son épaisseur et son état de dureté ou de mollesse à cette hauteur, puis je parcours toute sa surface, pour juger de sa consistance dans ces différens points; enfin, j'arrive à l'ouverture du museau de tanche, et je cherche à juger de son étendue et de la proéminence de l'une ou de l'autre lèvre.

Le tact ne pouvant s'exercer qu'avec la pulpe du doigt, celle-ci devra toujours être en contact avec les parties. Or, si l'on réfléchit, on verra qu'il est difficile de contourner le col en entier sans présenter l'ongle dans la moitié de la circonférence; de là, l'excellent

précepte donné par M. Lisfranc, d'explorer la moitié droite avec l'indicateur gauche, et la moitié gauche avec l'indicateur droit (le chirurgien étant dans le plan antérieur et la femme couchée sur le dos). Par le vagin, on touche le museau de tanche, le col proprement dit, et enfin une partie du corps; on touche même ce dernier en entier dans l'état de rétroversion ou d'antéversion. Le doigt peut aussi donner une idée plus ou moins exacte de la température du col; enfin, on pourra juger de l'état des organes voisins (vessie et rectum), et de l'influence qu'ils exercent sur la matrice. C'est ainsi que, chez une femme, couchée à l'Hôtel-Dieu, au n° 76 de la salle Sainte-Monique, j'ai trouvé le rectum rempli par des bols de matières fécales endurcies, et j'ai pu me convaincre que, toutes les fois que je priais la femme de faire des efforts de défécation, le plus volumineux d'entre eux venait comprimer le col; c'est alors que la malade accusait des douleurs plus grandes. Ces paquets de matières fécales endurcies ont quelquefois été pris pour des tumeurs appartenant à l'utérus ou au vagin, parce qu'elles poussent en avant la paroi postérieure de ce conduit, et viennent s'offrir au doigt avant l'utérus lui-même.

Avant de résumer quelles sont les données fournies par le toucher, et d'indiquer les principales erreurs auxquelles il expose, je vais présenter quelques résultats nouveaux et dignes d'intérêt, que je dois à la bienveillance de M. le docteur Ricord.

D'abord, quelle est rigoureusement la hauteur normale de l'utérus? A quel degré y a-t-il chute de cet organe?

Si l'on en croit certains auteurs, le vagin ayant six à huit pouces de long au moins, l'utérus devrait, dans beaucoup de cas, être situé hors de la portée du doigt, tout en tenant compte de la saillie du museau de tanche et du plissement du conduit vulvo-utérin. Un doigt indicateur, qui n'a que trois pouces et demi de long, rend tout aussi bien compte qu'un autre qui a six à sept lignes de plus.

Lorsqu'après avoir ouvert les parois abdominales, on veut enlever un utérus, pour des préparations anatomiques, on est surpris, les premières fois, d'intéresser le museau de tanche ou d'inciser si près du cul-de-sac du vagin; de sorte qu'en réalité, le col de la matrice se trouve beaucoup plus bas que ne l'indiquent la plupart des auteurs; on le rencontre ordinairement à la hauteur de trois pouces et demi, quatre pouces, rarement quatre pouces et demi; cette vérité deviendra plus évidente lorsque nous parlerons du spéculum.

Peut-être serait-il important d'examiner la forme du corps de l'utérus, chez un grand nombre de femmes; mais, comme le museau de tanche est plus souvent malade que le reste de l'organe, nous indiquerons quelques variétés de forme, que M. Ricord nous a fait remarquer dans sa clinique, et qui appartenaient à des cols tout-à-fait sains.

C'est ainsi que certains cols sont taillés obliquement et représentent assez bien le grion d'un cochon ou d'un tapir; aussi M. Ricord les appelle-t-il cols tapiroïdes; d'autres sont tout-à-fait coniques ou tout-à-fait aplatis, etc.

Je ne renouvellerai pas les discussions qui se

sont élevées depuis long-temps pour savoir si la lèvre antérieure proémine plus que la postérieure, ou *vice versa*; je crois que quelquefois elles n'existent à proprement parler ni l'une ni l'autre. Pour moi, il résulte de ces discussions et de mes propres observations que la forme du col utérin variera suivant l'âge, suivant que la femme aura eu ou n'aura pas eu d'enfants, suivant qu'on l'examinera à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement ou de l'apparition des règles.

Une question beaucoup plus importante est celle de savoir quel est le volume ordinaire du corps et du col de la matrice. On a tant abusé de leur hypertrophie, afin de se faire une réputation, qu'il est indispensable de l'aborder pour savoir si l'on doit employer ou rejeter un traitement énergique qui peut à la longue porter des atteintes profondes à la santé des malades. On ne peut juger de l'accroissement morbide d'un organe que si l'on connaît son volume normal constant; or, la matrice, et surtout les parties accessibles au toucher, ont-elles un volume égal sur toutes les femmes? n'éprouve-t-il pas de changement chez la même femme suivant l'âge, suivant l'état de santé et de maladie, etc.

Il y a autant de différences pour le volume des cols de matrice chez les différentes femmes, qu'il en existe chez les hommes pour la grosseur de la verge et du gland; de sorte que, pour juger de l'accroissement morbide d'un museau de tanche, il faudrait l'avoir mesuré sur le même individu à plusieurs époques toujours relatives à l'âge, à la menstruation, aux périodes de la grossesse, au temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement.

M. le docteur Ricord est arrivé à cette proposition, savoir: que si, dans un cas donné, l'on ne peut recueillir tous les antécédens voulus pour juger la question en mesurant avec exactitude les diamètres du col, au moment où la femme est soumise à l'observation, on s'apercevra, au bout d'un certain temps, qu'il y a augmentation ou diminution, ce qui sera une preuve de l'état morbide: dans toutes les circonstances où le volume ne variera pas, et où les fonctions ne seront pas troublées, on sera forcé d'admettre que l'organe est à l'état normal; de cette manière disparaîtront une foule d'hypertrophies pour lesquelles on a fait tant de bruit. Si l'on admet l'hypertrophie aussi légèrement qu'on le fait, on peut soutenir avec autant de raison que souvent il y a atrophie.

La température du col de l'utérus peut être perçue par le toucher, et servir au diagnostic; mais on doit se demander quel est le degré de chaleur qui répondra à une véritable inflammation. Si l'on touche des femmes dont la matrice est saine sans aucun doute, chez quelques-unes on éprouve un sentiment de chaleur bien prononcé; tandis que, chez d'autres, la température s'approche beaucoup de celle des parties extérieures; on ne peut méconnaître l'influence qu'exerce sous ce rapport la présence de l'urine et des matières fécales, qui tendent à y conserver un degré de chaleur plus élevé; il en est de même de l'ampleur du vagin, de la hauteur de l'utérus: plus cet organe sera bas, plus le vagin sera large, moins aussi la température sera élevée.

Les mêmes circonstances devront modifier la sécrétion utérine, abstraction faite du tempérament, de l'âge, etc. La sécrétion sera d'autant moins abondante, que l'utérus sera plus descendu et que l'air entrera plus facilement dans le vagin.

Voyons maintenant quelles sont les données que fournira le toucher, et quelles sont les erreurs auxquelles il expose.

A l'aide du toucher vaginal, on peut reconnaître à quelle hauteur se trouve la matrice; on peut juger assez bien de la longueur et du volume du museau de tanche et de l'état de sa surface (ulcérations granulations); il est la seule manière d'acquérir des notions sur sa constance, sa température et sa sensibilité; enfin ce mode d'exploration fournit des renseignements utiles sur la position du corps, sur son volume, soit qu'on se contente de soulever l'utérus, soit que l'on s'aide des autres moyens. Nous avons déjà dit que certains auteurs pensaient qu'avec les deux doigts écartés on pourrait avoir une mesure approximative des diamètres antéro-postérieur ou transversal du col; je crois leurs prétentions exagérées, et le moyen qu'ils proposent tout-à-fait infidèle.

Peut-on, à l'aide du toucher, reconnaître les lésions qui siègent sur le col? et n'arrive-t-il pas encore trop souvent que l'on prend une lésion pour une autre, ou que même on diagnostique une altération lorsque le col est tout-à-fait sain? cette partie de notre question n'en n'est pas la moins importante, parce que la chose est arrivée, non pas à moi seulement, mais encore à des hommes exercés: il est souvent impossible de reconnaître des érosions légères du col de l'utérus qui entretiennent un écoulement habituel, et ne sont indiquées que par une sensibilité plus grande dans un des points du corps: cette opinion appartient du reste à M. Ricord, et l'on peut tous les jours se convaincre de sa justesse à l'hôpital des Vénériens.

Du sang coagulé sur le museau de tanche, dans les cas d'engorgemens sanguins, hémorrhagiques, des varices qui en sillonnent la surface en ont quelquefois imposé pour des granulations fongueuses. A la suite d'un accouchement, le col peut se déchirer en plusieurs points, et devenir ainsi multilobé; chacun des lobes reste séparé par des cicatrices plus dures que le tissu environnant: j'ai vu prendre une disposition semblable pour un cancer fort avancé; l'erreur était d'autant plus facile, qu'il y avait en même temps un écoulement leucorrhéique. S'il existe des granulations un peu volumineuses, si les lèvres ont acquis des dimensions assez considérables, le toucher exagère en général la maladie; une personne peu exercée croit facilement être arrivée à une certaine profondeur dans l'utérus, tandis qu'elle est encore à l'entrée du museau de tanche.

Le toucher vaginal peut encore tromper sur le poids ou sur les dimensions du corps de la matrice; si les ligamens ronds ou les autres moyens d'union de l'utérus aux parties environnantes sont courts ou résistans, on pensera sans raison qu'il est lourd, volumineux, qu'il est adhérent dans le bassin, ou qu'il a des connexions avec d'autres tumeurs.

Les réflexions que je viens d'émettre paraî-

tront ridicules aux praticiens instruits ; mais j'espère qu'elles seront goûtées par un grand nombre de personnes ; car, je le répète, le toucher avec un seul doigt est excessivement trompeur : je rappellerai à ce sujet l'exemple fameux de cet accoucheur qui niait la possibilité de confondre la face avec les fesses, pendant qu'au milieu de la discussion il agitait son doigt indicateur couvert de méconium.

Du toucher par le rectum.

Chez les vierges, il devient nécessaire d'explorer les organes génitaux internes par le rectum ; car, quoiqu'elles soient moins exposées aux maladies de matrice que les femmes, elles peuvent être atteintes d'engorgemens de l'utérus produits par le molimen menstruel, ainsi que M. Duparque l'a avancé dans son ouvrage.

Quelle que soit la position qu'on donne à la femme, elle ne peut rester debout à cause de l'obstacle qu'apporteraient les fesses : elle sera donc couchée, soit sur le dos, soit sur le ventre, soit enfin sur le côté, en disposant les cuisses comme si l'on voulait reconnaître une maladie de l'intestin ; suivant M. Dugès et madame Boivin (62, p. 276), le toucher rectal peut éclairer dans les cas douteux où la métrite est partielle et occupe la paroi postérieure. Il est des médecins qui préfèrent le toucher par le rectum au toucher vaginal, pour s'assurer du volume du corps et du col proprement dit : ils se fondent sur ce que la portion connue sous le nom de museau de tanche est seule libre dans le vagin.

Avant de discuter la valeur de cette opinion, nous ferons remarquer que le museau de tanche étant la partie le plus souvent malade, le toucher vaginal et l'exploration avec le spéculum ne perdent pas de leur importance. Lorsque l'utérus ne sera pas très élevé, on pourra juger de la position de son corps et par conséquent de l'antéversion de la rétroversion, et on reconnaîtra les bossclures siégeant à sa partie postérieure ; on devra, dans tous les cas, se mettre en garde contre une erreur que l'habitude peut rectifier, mais qu'il est cependant facile de commettre.

Le col paraîtra facilement malade, si on l'examine au travers de parois molles, qui ne permettent pas d'en parcourir toute la circonférence ; l'illusion qui porte à croire les objets plus volumineux qu'ils ne sont, toutes les fois qu'ils se trouvent séparés du doigt qui les examine par une épaisseur plus ou moins considérable de parties molles ; cette illusion se reproduira plus facilement lorsqu'on voudra reconnaître l'état du corps de la matrice. J'ai admis la possibilité d'apprécier la position et le volume de matrice lorsqu'elle est basse et rétroversée ; mais je doute qu'il en soit de même dans la plupart des cas ; le plus ordinairement on n'arrive pas à toucher le corps de l'organe par le rectum, et souvent, séduit par l'illusion dont j'ai parlé, on prend le museau de tanche pour le col, et le col proprement dit pour le corps ; la chose est facile à concevoir. Certaines personnes qui ont le doigt court parviennent quelquefois avec peine par le vagin, or le chemin à parcourir pour arriver au même point est plus long par le rectum ; j'ai pu m'assurer du reste, en pratiquant le toucher rectal

sur des cadavres, après avoir ouvert les parois abdominales.

Il résulte de tout ce que nous avons dit : 1° que l'exploration par le rectum sera quelquefois de nécessité ;

2° Qu'elle fournit des renseignemens sur le volume, sur la forme des différens points de l'organe surtout dans leur partie postérieure ;

3° Qu'elle sert aussi à constater l'état de rétroversion ou d'antéversion, mais qui l'exposera à des erreurs ;

4° Et enfin, qu'on ne sera pas certain de toujours atteindre le corps de la matrice.

Du toucher par l'hypogastre.

L'exploration de l'utérus à travers l'épaisseur des parois abdominales au-dessus des pubis est une de celles qu'on emploie le plus volontiers, parce qu'en effet elle est la plus commode, celle qui expose le moins à des refus ou à des obstacles de la part des malades, et cependant c'est celle qui conduit aux résultats les moins satisfaisans. Je sais que certains auteurs recommandent le toucher par l'hypogastre comme un des moyens sur lesquels on doit le plus compter pour examiner l'utérus, surtout si on ne l'emploie pas seul. C'est ainsi que M. Velpeau professe qu'en introduisant un doigt dans le vagin ou dans le rectum, pendant que les doigts de l'autre main sont appliqués sur l'hypogastre, et en poussant l'utérus alternativement en haut et en bas, entre ces deux forces opposées, on acquiert des notions assez précises sur son volume, sur ses adhérences, ses connexions avec d'autres tumeurs, etc.

On peut se promettre ces résultats chez un certain nombre de femmes, je n'oserai pas dire que c'est sur le plus petit nombre, parce que mon expérience à ce sujet n'est pas assez étendue, mais je suis porté à le croire ; autant que j'ai pu le remarquer, ces femmes se trouvent dans des conditions spéciales ; ainsi, où elles sont d'une maigreur extrême, ou les parois abdominales ont été distendues par plusieurs grossesses successives, et sont restées flasques et molles. On peut sentir l'angle sacro-vertébral, et pénétrer jusque dans le bassin ; mais dans ces cas encore, si l'utérus n'a pas un volume exagéré, il deviendra difficile de l'explorer dans une assez grande étendue pour juger de son état : le plus souvent il arrive deux choses, ou les parois abdominales étant peu résistantes, elles contiennent une si grande quantité de tissu adipeux, que leur épaisseur est trop considérable pour distinguer une tumeur située profondément, ou bien, et cela est le plus ordinaire, les muscles de l'abdomen ont une susceptibilité telle, qu'ils se contractent au moindre contact. Ce phénomène se reproduit avec plus de facilité s'il existe en même temps de la sensibilité à la pression. Ce que je vais dire paraîtra peut-être ridicule à quelques personnes qui ne doutent de rien ; c'est que si l'on presse fortement pendant que les muscles droits se contractent légèrement, on peut prendre la portion que l'on déprime pour l'utérus ; j'avouerai cependant qu'un peu d'attention suffit pour reconnaître une erreur qui ne peut être que passagère.

Je ne veux pas décrier ce moyen en signalant tous les inconvéniens qu'il présente, mais je

crois qu'il est bon de savoir jusqu'à quel point on peut compter sur lui.

Pour pratiquer le toucher hypogastrique, il faut relever le bassin afin de reporter en arrière le poids des viscères abdominaux, ensuite mettre les muscles des parois abdominales dans l'état de relâchement le plus complet par la flexion des cuisses sur le bassin, et de la poitrine sur le ventre. On peut alors s'y prendre de deux manières : tantôt on se sert d'une seule main que l'on applique au dessus des pubis, et avec laquelle on déprime les parois abdominales par degré, afin de ne pas déterminer les contractions brusques des muscles droits, tantôt on emploie les deux mains que l'on dirige avec la même précaution à droite et à gauche. Une pression assez forte est ordinairement nécessaire lorsque les parois de l'abdomen ne sont pas molles et flasques, à moins cependant que l'utérus ne soit très volumineux. Il est bon de vider le rectum et la vessie, et de s'assurer qu'ils ne sont pas le siège de corps étrangers ou de productions morbides qui puissent en imposer pour une affection de l'utérus.

La percussion devra confirmer ou rectifier les renseignements fournis par le toucher hypogastrique.

Exploration avec le spéculum uteri.

Je ne ferai pas l'historique du spéculum uteri, je ne passerai pas en revue tous les instrumens de ce genre qui ont été imaginés pour discuter les avantages ou les inconvéniens de chacun d'eux; mais je me contenterai de dire un mot de celui qui me semble préférable.

Ce spéculum est construit d'après les principes que M. Jobert de Lamballe a si bien établis, en conservant, toutefois, les deux branches des autres spéculum, et en allongeant l'extrémité utérine plus qu'il ne l'a fait; c'est en un mot le spéculum adopté par M. Ricord.

Cet instrument a été appelé par M. Jobert spéculum à bascule; c'est en effet de son mécanisme que résultent les principaux avantages qu'il présente. Nous ne donnerons pas la description de cet instrument, M. Ricord l'ayant fait d'une manière complète en indiquant les modifications importantes qu'il y a ajoutées.

M. Jobert a jugé les branches de cet instrument plus gênantes qu'utiles; M. Ricord au contraire leur attribue plusieurs avantages; elles permettent suivant lui :

1° De manœuvrer l'instrument avec plus de facilité.

2° De faire tenir le spéculum par la femme elle-même lorsqu'on est obligé de l'examiner seul, ce qui arrive souvent en ville où les malades admettent difficilement des témoins à ce genre d'exploration.

3° Enfin, d'éloigner les mains d'un aide qui tiendrait le spéculum pendant l'exploration ou pendant toute autre opération pratiquée sur l'utérus, et d'empêcher qu'il n'embarrasse l'opérateur.

M. Jobert a placé l'articulation assez près de l'extrémité utérine, afin qu'elle correspondit à l'anneau vulvaire. C'est, en effet, le point qui souffre le plus dans ce genre de recherches, et c'est à lui que doit correspondre le diamètre invariable de l'instrument.

Si la longueur du vagin était constante, il y

aurait de l'avantage à adopter la disposition qu'a choisie ce praticien; mais comme le contraire a lieu on trouve suivant moi plus d'avantage à l'éloigner un peu plus comme le fait M. Ricord. Cette longueur paraîtra insuffisante à ceux qui ont suivi l'école de la Pitié; mais nous verrons, en indiquant la manière de saisir le col de la matrice, que des manœuvres peu méthodiques avaient seules pu faire croire à la nécessité d'avoir d'aussi longs spéculum.

Introduction du spéculum.

Les préceptes que M. Ricord a donnés pour l'introduction du spéculum me paraissent excellens; aussi est-ce avec plaisir que je les reproduirai ici, parce qu'on ne saurait trop propager les choses utiles.

La plupart des auteurs ne font qu'indiquer la position à donner à la femme, et se contentent de dire qu'elle doit être placée comme si l'on devait pratiquer sur elle la taille périnéale; ils semblent regarder cette position comme une chose de peu d'importance, comme un accessoire auquel il n'est pas nécessaire de s'arrêter. Cependant, celui qui négligera de placer sa malade avec tout le soin convenable, rencontrera une multitude de difficultés de détails qui rendront pénible l'application du spéculum, qui le forceront peut-être, s'il n'est pas routiné à la pratique, à laisser incomplet un examen qu'il aura demandé avec instance comme devant fournir des résultats importans; et pour n'en donner qu'un exemple, je dirai qu'il est arrivé à plusieurs praticiens, qui me l'ont avoué de bonne foi, d'éprouver de la difficulté à saisir le museau de tanche, parce qu'ils avaient négligé d'approcher la femme jusqu'au bord du lit ou du meuble sur lesquels ils l'examinaient. Dans ces cas, la matrice ayant un léger degré de rétroversion, le col se portait en avant et en haut, il fallait l'aller chercher dans ce point avec l'extrémité utérine de l'instrument; pendant cette manœuvre on était forcé d'abaisser l'autre extrémité; c'est alors que les branches venaient rencontrer le lit, et gênaient l'opérateur.

La femme sera placée sur le bord de son lit, ou de tout autre meuble approprié, de façon à ce que le bassin le dépasse un peu, plutôt que d'être porté trop en arrière, pour les raisons que nous avons indiquées; le bassin sera élevé autant que possible, tandis que les cuisses seront en même temps fléchies et fortement écartées de l'axe du corps, alors des aides maintiendront les membres inférieurs, ou bien la malade les appuiera sur des chaises ou sur tout autre soutien semblable, afin qu'elle ne se fatigue pas : elle doit être à son aise aussi bien que l'opérateur; on se placera, autant que possible, de façon à ce que la lumière du jour pénètre au fond du vagin, parce qu'elle éclaire mieux les objets que la lumière artificielle, et qu'elle donne une idée plus nette de l'état du col; j'ai pu juger de la différence à l'hôpital du Midi, où l'on examine au spéculum un si grand nombre de femmes.

Avant d'introduire l'instrument on l'enduirait d'un corps gras; le cérat jaune dont on se sert dans les hôpitaux restue quelquefois dans l'intérieur des valves, et pourrait faire croire à l'existence du mucus blennorrhagique si l'on

n'était prévenu de cette cause d'erreur. Il en est de même du cérat des pharmaciens ; cependant ce corps gras a sur les autres l'avantage de mieux adhérer à l'instrument.

L'anneau vulvaire est la seule partie du conduit utérin qui offre quelque obstacle ; c'est lui qui a attiré toute l'attention des deux praticiens que j'ai cités, comme nous avons cherché à le faire remarquer. En rendant invariable un des diamètres du spéculum, ils ont eu pour but de ne pas le distendre douloureusement ; c'est encore pour éviter de les froisser, pour ménager le canal de l'urètre, que M. Ricord insiste, avec raison, sur les détails dans lesquels nous allons entrer.

La règle que nous venons de poser est d'autant plus importante, que long-temps on a cru, et que plusieurs praticiens croient encore, que la courbure du bassin doit seule fixer leur attention : c'est ainsi que j'ai vu un médecin, distingué du reste, se contenter d'écarter les grandes lèvres, puis appliquer perpendiculairement l'extrémité de l'instrument à l'entrée du vagin, et le pousser avec force jusqu'à ce qu'il eût pénétré. L'anneau contractile se laissa repousser d'au moins deux pouces et demi, et ce ne fut qu'après avoir été douloureusement tirailé qu'il céda et revint brusquement en avant. Ces manœuvres arrachèrent des cris de douleur à la malade, et firent saigner la membrane muqueuse.

Il est donc démontré pour nous que le point capital est de franchir l'anneau vulvaire. Pour cela on écartera les grandes et les petites lèvres avec les doigts indicateur et annulaire de la main gauche, pendant que le médius, introduit dans le vagin, abaissera la fourchette et lui servira de plancher protecteur. Le spéculum sera tenu à pleine main, de manière à ce qu'il reste fermé et que les valves chevauchent le plus possible l'une sur l'autre. Ce chevauchement, que plusieurs praticien regardent comme un inconvénient, présente au contraire l'avantage de réduire le diamètre utérin à des dimensions plus petites : on les présentera obliquement à la vulve ; de cette manière la surface convexe et polie d'une des valves correspondra au méat urinaire et à l'entrée du vagin, tandis que les extrémités tranchantes glisseront sur le doigt médius sans toucher à la fourchette. Cette méthode a des avantages sur l'autre ; on met ainsi la fourchette et l'urètre à l'abri de froissemens douloureux, et le doigt introduit dans le vagin surmonte, par une pression modérée, la résistance du sphincter, qui est un des principaux obstacles ; il agrandit en même tems l'ouverture vaginale dans le sens du plus grand écartement des arcades des pubis. L'instrument introduit, il s'agit de saisir le col.

Nous avons dit plus haut que certains praticiens se servaient de spéculum très longs, parce qu'ils poussaient avec force jusqu'à ce qu'ils eussent déplissé et distendu le vagin. Le conduit ne pouvant plus céder, le col ne pouvait fuir plus loin, et était forcé de s'engager dans l'instrument. Cette manière d'opérer a de graves inconvéniens ; elle est douloureuse ; on froisse le col, on le fait saigner, quelquefois même on ne parvient pas à le trouver : tout incroyable qu'elle est, la chose est arrivée. Un praticien

montrait un jour à des élèves une femme qui, disait-il, n'avait pas d'utérus, et il en donnait pour preuve que, malgré ses efforts, le spéculum se trouvait arrêté par une résistance insurmontable, par un cul-de-sac qui n'offrait aucune trace du museau de tanche. Il ignorait sans doute qu'il est rare que le col se trouve directement au centre du vagin, qu'il est le plus ordinairement incliné à droite, à gauche, en avant, en arrière, etc. ; et que, pour peu qu'il ait une certaine longueur, et que l'opérateur pousse avec force, il ne pourra plus glisser ni s'engager dans l'instrument. Un autre médecin appelé pour voir cette prétendue merveille, fut plus heureux et plus habile, et découvrit le col.

On poussera donc doucement le spéculum en le dirigeant successivement dans tous les sens, de manière à ce que le *cul-de-poule* formé par le vagin corresponde toujours au centre de l'extrémité utérine. On est quelquefois guidé dans cette recherche par des mucosités filantes et visqueuses sécrétées par la cavité de l'utérus. On ne tarde pas à arriver sur le col, que l'on saisit en ouvrant subitement les valves, et en leur imprimant un léger mouvement de retrait ; en se conduisant ainsi, on n'introduit le plus souvent que quatre pouces, quatre pouces et demi du spéculum, on ne froisse pas le col et on ne le fait pas saigner.

Lorsque le museau de tanche est bien engagé, on fixe les branches et on maintient le degré de dilatation convenable, au moyen de la vis qui porte l'hystéromètre.

Après avoir jugé de l'état des sécrétions fournies par le vagin, par le museau de tanche ou par la matrice elle-même, on devra essayer ces parties avec soin au moyen d'un pinceau de charpie. Lorsque l'exploration est achevée, on retire l'instrument en desserrant la vis et en le saisissant par une seule de ses branches, afin de ne pas pincer la membrane muqueuse. Le spéculum peut servir à explorer le vagin, mais il s'agit surtout ici de son usage pour l'examen du col de l'utérus, et surtout du museau de tanche ; car les avantages qu'il présente sont principalement relatifs au diagnostic des maladies de cette partie, qui sont les plus fréquentes, et qui accompagnent le plus souvent celles du corps. Sans l'exploration à l'aide du spéculum, il est impossible de juger de la couleur du museau de tanche, du poli de sa surface, des varices qui la sillonnent. Il fournit des données plus précises que le toucher sur les fongosités, sur les érosions, sur les ulcérations qui s'y rencontrent, sur la nature et sur l'abondance des sécrétions fournies par l'utérus et par le museau de tanche, et qui s'accumulent souvent dans le cul-de-sac du vagin. Il est impossible alors de voir quels sont les points qui fournissent du sang, avec quelle facilité celui-ci s'en échappe ; on peut distinguer les caillots sanguins des fongosités, des varices ; enfin, on apprécie exactement la forme et surtout le volume du museau de tanche, puisqu'on peut mesurer exactement les diamètres antéro-postérieur et transverse pris à sa base à l'aide de l'hystéromètre. L'un des usages non moins grands du spéculum, est de permettre d'appliquer directement sur le col des sangsues, des tampons de charpie imbibés de divers liquides médicamenteux, des caustiques ou toute espèce

d'instrumens pour le saisir et l'amputer, etc.

La vue expose à moins d'erreur que le toucher, cependant il est bon de savoir qu'elle peut aussi tromper.

Ainsi, lorsqu'après avoir été granuleux ou ulcéré, le col s'est couvert d'une cicatrice, celle-ci reste rouge pendant long-temps, ce qui ferait croire que l'ulcération persiste, si l'on n'avait soin de promener la lumière en différens sens pour reconnaître que sa surface est lisse et recouverte d'un épithélium. Il existe autour de l'orifice du museau de tanche, des follicules remplis d'une matière gélatiniforme, qui, à la lumière artificielle, sont pris quelquefois pour des granulations.

Lorsque le col a été déchiré par des accouchemens antérieurs, il peut rester des points enfoncés qui, étant moins éclairés, simulent des fissures indices d'une altération profonde. Dans toutes ces circonstances, la lumière blanche et vive comme celle du soleil, a un avantage marqué. C'est à tort, suivant moi, que l'on compte beaucoup sur les rayons réfléchis par les valves polies du spéculum.

Exploration par la vessie.

Je parlerai maintenant d'un moyen consigné dans un ouvrage récent (*Dugès et M. Boivin*), et qui consiste à introduire une sonde dans la vessie; on espère ainsi reconnaître le volume de la matrice, et surtout la sensibilité de sa partie antérieure.

La plupart des procédés que nous avons indiqués sont employés pour l'examen des annexes de l'utérus; mais c'est à dessein que je n'ai pas touché ce sujet, n'ayant pour but de m'occuper de la matrice seule.

Les détails dans lesquels je suis entré sur chacune des méthodes énoncées ci-dessus, me dispensent d'en faire une comparaison minutieuse.

LEMARCHAND, D. M. P.

FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA JAMBE.

Appareil à arrosion continue.

Pomier (Jean-Marie), âgé de trente-quatre ans, charretier, doué d'une forte constitution, est renversé le 23 janvier par son cheval qu'il cherchait à détourner d'une autre voiture (sa chute est plutôt l'effet de l'état d'ivresse dans lequel il était que de l'impulsion que lui a fait éprouver son cheval). La roue passe sur la jambe droite, et la fracture à sa partie inférieure à peu près à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs; il est relevé, mis dans un fiacre et transporté à l'Hôtel-Dieu.

Les linges que l'on a placés autour de la jambe sont rougis par le sang qui s'est écoulé, un jet saccadé qui s'est échappé lorsqu'on les a enlevés, a fait penser que l'artère tibiale antérieure ou une de ses branches avait pu être intéressée; une assez grande quantité de sang est infiltrée dans le tissu cellulaire sous-cutané; la crépitation que l'on sent en faisant mouvoir le tibia en rend la fracture évidente; si le péroné est brisé, ce qui n'a pas paru certain, il ne doit point l'être au même niveau que celle du tibia, car la partie inférieure du membre ne retombe point comme on l'observe dans une fracture des deux os de la jambe.

Une petite plaie existe au niveau de la fracture, elle peut avoir été produite par la roue ou par le fragment supérieur. On place le membre

sur sa face postérieure; et l'on applique l'appareil ordinaire. Le malade a peu souffert la nuit.

24 janvier. La plaie a fourni peu de sang. Les compresses qui la recouvrent sont les seules pièces de l'appareil qui soient teintes par ce liquide; un peu de tissu cellulaire fait saillie à travers la plaie dont les lèvres paraissent exercer sur lui une constriction assez forte; la peau qui est située au dessus offre, dans l'étendue de deux travers de doigt, une teinte un peu brune; l'épiderme s'en détache avec assez de facilité, le corps muqueux paraît pointillé de rouge; il y a peu de gonflement, les extrémités du fragment sont dans un rapport assez exact.

On agrandit avec un bistouri boutonné la plaie dans sa partie supérieure et inférieure, l'aponévrose jambière est incisée dans une étendue de quinze à dix-huit pouces; il s'écoule une petite quantité de sang noirâtre.

On applique un appareil ordinaire; on remplace le coussin supérieur par deux compresses graduées sur lesquelles on place une attelle; ce léger changement permet de pouvoir arroser le membre sans toucher aux coussins. La jambe est peu fléchie sur la cuisse. Le genou se trouve plus élevé que la pointe du pied, afin de laisser un libre écoulement aux liquides.

On suspend ensuite au dessus du membre un seau rempli d'eau froide; un syphon dont une des branches plonge jusqu'au fond donne un jet permanent qui est dirigé sur le point où existe la fraction. Le pouls est dur quoique peu fréquent, le visage fortement coloré. (Saignée $\frac{2}{3}$ XVI.)

Le malade n'accuse aucune douleur du côté de la tête, de la poitrine et du ventre, le membre malade lui en cause très peu. La nuit a été calme.

25. La plaque brunâtre qui existait au dessus de la plaie n'a pas gagné en étendue, mais un peu de rougeur existe en dehors, le membre est moins gonflé, le pouls conserve toujours de la force, l'état général est bon; le malade demande des alimens. On entretient le jet continu d'eau froide; dans la soirée on pratique une nouvelle saignée de douze onces. (Limon pour boisson.)

26. L'état général continue à être bon; la rougeur qui existait au côté externe a pâli, quelques phlyctènes se sont formées en dehors et en arrière de la jambe, elles contiennent une sérosité citrine; la chaleur du membre est très élevée, le pouls conserve toujours de la fréquence.

27. Il n'est rien survenu de nouveau du côté de la jambe qui ne fait toujours point éprouver de douleurs au malade; la nuit a été bonne, le pouls a perdu de sa fréquence, la chaleur du membre est toujours élevée; on arrose les pièces d'appareil avec de l'eau simple pour éviter qu'il ne se forme un enduit imperméable, le talon est un peu relevé pour prévenir la saillie que tend à faire le fragment inférieur.

28. La température du membre est moins élevée, les escharres paraissent se limiter; on a agrandi avec le bistouri une ouverture d'où sortait une petite quantité de pus; le pouls conserve toujours un peu de fréquence, quatre-vingt-six pulsations.

29. Les escharres se sont détachées dans une assez grande étendue et ont mis à nu le tissu cellulaire de la face antérieure et de la face interne de la jambe; du pus s'écoule de la partie

supérieure de la plaie, les ligamens sont décollés dans une grande étendue; on fait une incision à la peau pour donner une libre issue aux liquides; deux petites compresses graduées sont placées sur les faces antérieures et internes du tibia pour empêcher le pus de séjourner; l'état général est toujours très bon; on continue d'entretenir le courant d'eau froide; le pouls conserve toujours un peu de fréquence.

30. La face externe de la jambe offre une large plaque brunâtre.

1^{er} février. Une fluctuation a pu être sentie dans toute la portion du membre qui offre cette teinte; on y a fait une petite incision qui a donné issue à une assez grande quantité d'un sang noir.

* 3. La peau qui recouvre le tiers inférieur de la jambe est altérée sur les faces antérieure et interne, d'un rouge violacée, on fait au côté externe une petite incision qui donne issue à un liquide clair et rougeâtre; la teinte noirâtre que présentait le mollet a disparu, cette amélioration est due à l'écoulement du sang qui était épanché; l'état général est toujours excellent; la suppuration interne de la plaie est de bonne nature, la peau qui est au dessus est rouge et décollée dans une assez grande étendue. Le malade mange de petites soupes. (Limon. On continue l'eau froide.)

Dans la soirée, il y a eu un mouvement fébrile, la figure du malade a pris aussi une légère teinte ictérique.

4-5. Il n'y a plus un accès de fièvre; la suppuration est abondante et de bonne nature; on a fait une autre incision en dehors pour donner aux liquides un écoulement facile.

8. La peau est toujours décollée dans une assez grande étendue en dedans; du pus de bonne nature s'écoule lorsque l'on exerce dessus quelque pression; une petite ouverture s'y est faite le lendemain, elle a été agrandie avec le bistouri boutonné; dès ce moment la suppuration a diminué, la peau commence à se recoller, les plaies offrent un bon aspect; il y a déjà un commencement de consolidation que l'on peut apprécier lorsqu'on soulève le membre; l'état général est toujours excellent; le malade mange trois soupes. On entretient les évacuations alvines au moyen de lavemens.

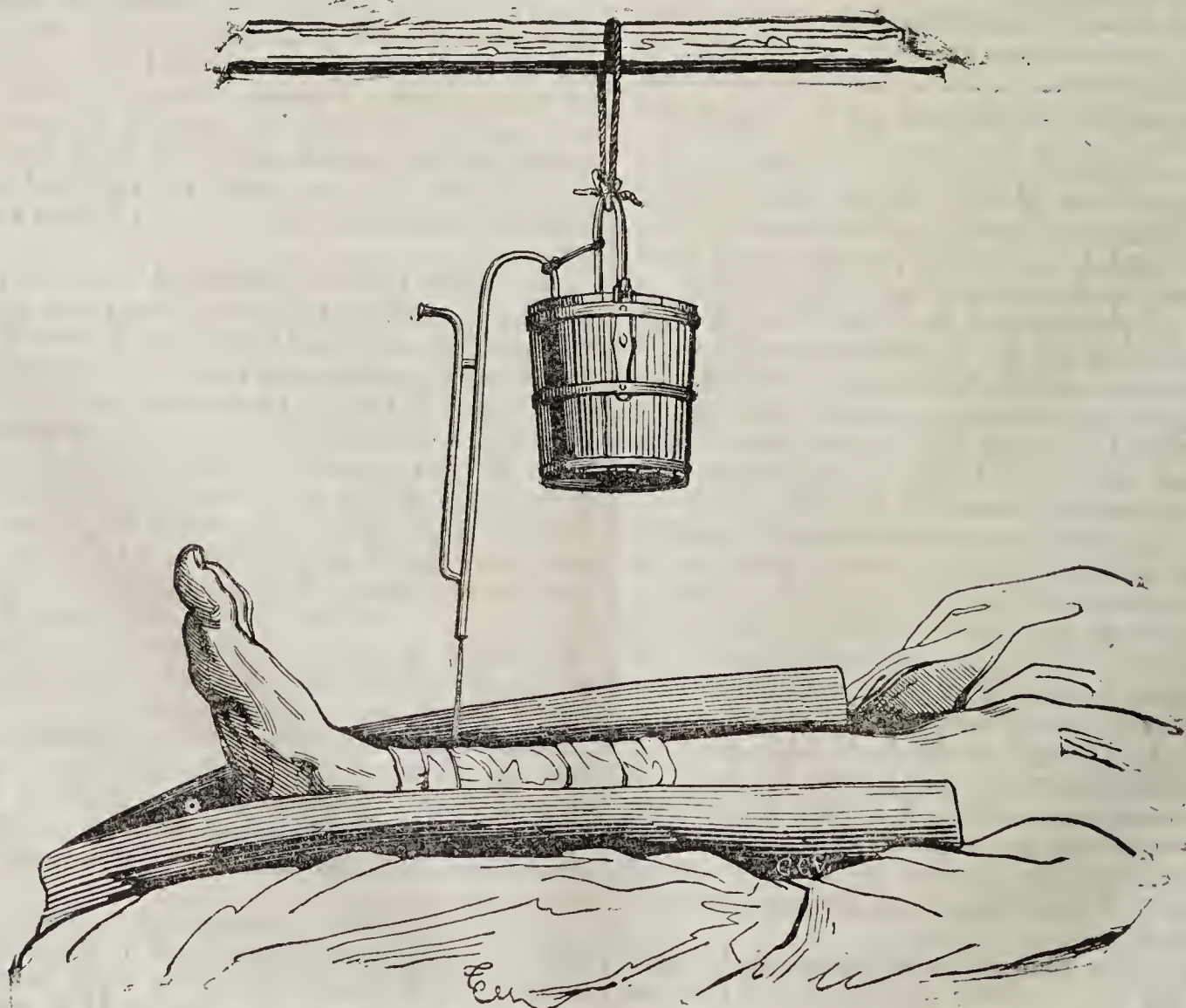
15. La peau est toujours décollée en dehors dans une assez grande étendue; du pus s'écoule lorsque l'on exerce une compression de haut en bas; l'état général est toujours bon, le malade mange des alimens.

17. Il a été nécessaire de faire une nouvelle incision pour donner issue au pus qui s'était accumulé au côté externe du membre.

20. La suppuration a diminué d'une manière bien sensible. Le malade mange la demi-portion.

1^{er} mars. Le membre a été placé dans un appareil ordinaire. La plaie du côté interne est cicatrisée à demi; la cicatrice est solide, de bonne nature; les incisions qui ont été faites au côté externe fournissent très peu de pus. Le malade mange les trois quarts.

8. Les plaies ne marchent plus aussi rapidement à la cicatrisation, que lorsqu'elles étaient soumises à un courant d'eau froide; celle qui est au côté interne est un peu fongueuse, il est nécessaire de la toucher avec le nitrate d'argent; du reste l'état général est toujours excellent.



19. La cicatrice de la plaie interne s'est rompue dans presque toute son étendue; quelques bourgeons fongueux et violacés s'élèvent du centre de la plaie, on les réprime avec le nitrate d'argent, on donne à l'intérieur les amers. (Petite centaurée, vin antiscorbutique.)

27. La plaie a pris un meilleur aspect.

29. La cicatrice se forme et se déchire quelques jours après, du pus s'épanche sous des pellicules qui la recouvrent, leur déchirure donne ensuite à la plaie une étendue aussi considérable que celle qu'elle présentait au moment où l'appareil ordinaire a été placé.

3 avril. On bassine la plaie avec du vin miellé.

18. La cicatrice est très longue à se former, des pellicules membraneuses qui se détachent à la plus légère traction recouvrent les portions formées; on enlève le bandage à dix-huit chefs, on le remplace par un bandage roulé.

23. La plaie se rétrécit d'une manière assez marquée, on la saupoudre de calomel.

Le malade est sorti quelque temps après parfaitement guéri; le membre fracturé n'a point perdu de sa longueur.

FLEURY, interne à l'Hôtel-Dieu.

EFFETS DE L'EXTRAIT DE BELLADONE DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

Monsieur et honoré confrère,

Je m'applaudis beaucoup de m'être mis au nombre des lecteurs de votre excellent journal. Les praticiens désireux de s'instruire et qui veulent être au courant de la science, doivent vous savoir bon gré de votre entreprise. Votre Recueil est pour eux d'une utilité incontestable; les planches qui l'accompagnent sont d'une exactitude à laquelle on ne devait nullement s'attendre; en un mot, je suis un des appréciateurs de vos travaux et de votre désintéressement. Aussi, monsieur, je ne vous tairai pas que je serais très flatté de lire, de temps à autre, mon nom dans quelques unes de vos colonnes. Si vous avez l'extrême obligeance d'y insérer les observations suivantes, vous m'encouragerez à vous en adresser d'autres, dans la suite, tirées de ma pratique.

J'ai l'honneur d'être, monsieur et honoré confrère, votre très humble et très obéissant serviteur.

Heureux effets de l'extrait de la belladone dans le traitement d'une hernie étranglée.

Le nommé Boyer, de Villeneuve-de-Berg, homme âgé d'environ cinquante ans, me fit appeler, il y a quelque temps, pour se faire traiter d'une hernie inguinale du côté droit, qui s'était étranglée la veille. Les souffrances étaient horribles; le vomissement avait lieu depuis quelques heures; concentration du pouls, froid des extrémités, face déjà décomposée. La tumeur, d'un volume considérable, était dure, rénitente et sensible à la pression. Tous les efforts de réduction, au moyen du taxis, furent inutiles. Je prescrivis les bains, les saignées générales et locales; mais le malade, naturellement impatient et irascible, ne voulut pas s'y soumettre. Je me vis donc réduit à ne pouvoir employer que les applications locales. En conséquence,

j'ordonnai en frictions, sur le col de la tumeur, l'extrait de la belladone, délayé simplement dans un peu d'eau. Dans moins d'une heure et demie le relâchement qui s'opéra, sous l'action de ce médicament, fut tel que la hernie se réduisit comme d'elle-même.

Les effets de la belladone en application ne sont pas moins sensibles dans bien d'autres cas. Je n'ai eu qu'à me louer de l'emploi de cette plante dans la plupart des névralgies, et, entre autres, dans les névralgies faciales, si communes aujourd'hui dans nos contrées. Certains spasmes de l'épigastre et des hypochondres, accompagnés de douleurs, ont cédé bien souvent à l'action de cet agent thérapeutique. J'appelle sur ce sujet l'attention des praticiens.

Effets de l'introduction de l'air dans les veines.

La question si importante et si long-temps débattue, relative à la nocuité et à l'innocuité de l'air introduit dans les voies circulatoires, ne peut plus en être une aujourd'hui. La science, il est vrai, possède peu de faits sur ce point, mais, si je ne me trompe, ils sont concluans; on ne peut raisonnablement, à moins qu'on s'obstine à ne pas reconnaître la vérité, révoquer en doute les effets terribles de ce fluide quand il arrive jusqu'au cœur. Lieutaud, Morgagni, Bichat et autres pathologistes célèbres, les avaient constatés. De nos jours, MM. les docteurs Warren, Bassereau et Puydebat en ont rapporté des exemples remarquables dans la *Gazette médicale*. Deux chirurgiens célèbres, MM. Dupuytren et Delpech, ont eu, chacun dans une circonstance malheureuse, l'occasion de s'assurer des résultats terribles dont il s'agit; l'observation du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, est connue dans tout le monde médical: je ne sache pas que celle du professeur de Montpellier, qu'une mort si déplorable vient d'enlever à la science et à l'humanité, ait été livrée à la publicité: je crois devoir la rapporter ici. Ceux de mes anciens condisciples, qui, comme moi, en ont été témoins, se la rappelleront sans peine.

Un jeune homme âgé de trente ans, se présenta, en 1823, à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, pour se faire traiter d'un *fungus hæmatode* occupant la presque totalité du bras et de l'avant-bras. La peau qui recouvrait la tumeur était amincie et rompue dans les points les plus distendus; des hémorrhagies commençaient à se déclarer, et tout faisait craindre qu'elles ne devinssent considérables.

Cet état de choses, joint à l'aspect de mauvaise nature de la tumeur, fit juger au chirurgien en chef que la désarticulation scapulo-humérale était indispensable et l'unique moyen qui offrit quelques chances de salut. Cette opération fut entreprise; mais le bras était à peine détaché que le malade était sans connaissance; quelques secondes après il n'existait plus. Un coup de foudre aurait à peine produit une mort si prompte. Les vaisseaux, ainsi que cela a lieu dans ces sortes d'affections, étaient d'un calibre énorme, néanmoins la quantité de sang répandue ne fut pas grande.

L'opérateur surpris autant qu'affligé d'un événement auquel il était loin de s'attendre, et prévoyant, ainsi que cela arriva, que la malveillance ne manquerait pas de saisir cette occasion

de le dénigrer, voulut, tant dans l'intérêt de la science que pour sa réputation propre, répondre à ses ennemis, les faits en mains, en leur prouvant que ce qu'on pouvait lui imputer à blâme n'était que le pur effet d'une circonstance malheureuse au dessus des prévoyances humaines. En conséquence, peu de temps après la mort, le cadavre fut plongé dans l'eau, et on l'y ouvrit en présence d'un concours nombreux de spectateurs. Quel ne fut pas le désappointement de bien des personnes, quand, à l'incision des vaisseaux et du cœur, on vit se dégager une infinité de bulles d'air qu'il fut facile de recueillir !...

HENRY JOFÈRE,
Docteur en médecine, à Villeneuve-de-Berg
(Ardèche), membre de la Société des sciences
physiques, chimiques et arts industriels de
Paris.

DOCTRINES MÉDICALES DE MONTPELLIER.

1^{er} Article.

Monsieur le rédacteur,

Voilà déjà un an que le journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, entrepris avec tant de hardiesse et de dévouement, offre à ses nombreux lecteurs tout ce qui se passe d'intéressant dans la science. Cette œuvre dont tant de gens ont douté, a été vite comprise. Un journal populaire, si je puis ainsi parler, manquait à la science, et le prodigieux succès qu'il a obtenu en a déjà justifié le besoin. Jusqu'ici cependant des faits de détail ont seuls trouvé place au journal : des analyses, des observations recueillies avec soin mais éparses, isolées, comme si la science ne devait pas chercher à les faire partir d'un principe, à les déduire d'une théorie; aussi pensons nous que toute progressive que soit l'allure du journal, tout n'est pas fait encore et que MM. les directeurs, abjurant l'exclusif, oubliant leurs idées, doivent ouvrir leurs colonnes à tout ce qui leur paraîtra bon, utile, pratique et émané d'une philosophie sage et consciencieuse; car, qu'on ne s'y méprenne pas, la science, pour être complète, qu'elle le veuille ou non, ne peut se passer d'une théorie.

Tous, nous en sentons le besoin; nous ne pouvons nous en affranchir; après avoir exposé des faits, il faut nécessairement les soumettre à la méthode scientifique; la prétention de s'en passer serait absurde; en vain on nous objecterait que jusqu'ici toute théorie est incomplète. Soit: mais au moins si l'état de la science ne permet pas qu'elle soit arrêtée dans toutes ses parties, harmonisée sur tous ses points, elle indiquera du moins clairement la manière dont l'ensemble des faits doit être considéré, groupé, classé. Des efforts ainsi combinés, joints à la tendance philosophique, unitaire, que les esprits scientifiques montrent malgré eux, termineraient la lutte si fatale, qui, depuis trente ans, use nos forces sans profit pour l'art; car, dit avec raison le professeur Ribes, comme la vie, la science est une et multiple à la fois, et ses progrès ont pour condition nécessaire la combinaison des efforts. Loin de là, que voyons-nous? En science, en médecine surtout, anarchie totale, divergence complète dans les opinions, antagonisme même poussé jusques aux faits les moins importants de notre art. Dans une même faculté, des professeurs chargés de

mêmes cours, dans la même journée présentent aux nombreux élèves qui les écoutent des principes opposés, une thérapeutique toute différente. Chacun d'eux tenant exclusivement à ses idées, à ce qu'il appelle ses découvertes, n'a foi qu'en lui-même, critique hautement, souvent même sans formes, ceux qu'il appelle ses détracteurs ou ses ennemis. Loin de nous de blâmer cette indépendance de la pensée, cette liberté d'idées, si nécessaires à l'homme, si utile au savant; mais que devient l'élève au milieu de ce dédale, au milieu d'opinions si divergentes? Certes, il lui manque quelque chose, et il nous semble que, dégoûté, par tant d'incertitudes, d'un but qu'il aurait aimé, il erre sans fil conducteur et manque toute sa vie d'un principe général, premier guide qu'on aurait dû lui donner, à lui, si léger d'érudition choisie, vraie, si pauvre, au milieu des richesses si multipliées de l'observation clinique. Voyez le jeune praticien; sans cesse poussé entre des opinions scientifiques opposées, également incertaines, n'emportant de ses nombreuses études qu'un amas de faits particuliers sans signification, sans principe qui leur donne la vie, une foule d'observations mais sans lien; tout l'effraie; au moment d'agir, au lit de son malade, il s'arrête indécis; il doute sur les principes, il doit douter sur l'application.

Pour nous, persuadé que nous sommes que ce principe, ce fil conducteur est indispensable à qui veut marcher vite et bien, nous avons cru que pour remplir ce but il fallait changer un peu la direction des études. Certes, nous ne nous flattons pas d'apporter ici la solution définitive du problème de l'organisation vivante; nous ne croyons même pas qu'elle existe encore, mais regardant notre organisme comme un et multiple, actif et passif à la fois, nous ne cesserons de répéter avec l'auteur des vivisections, que le tems est venu de combiner tous les genres de recherches, tous les instrumens qui ont été mis en notre pouvoir, pour l'examen approfondi des phénomènes du corps vivant. Aux uns nous dirons: « Accordez aux dogmes de l'ancienne physiologie qui ont appris surtout à généraliser, à étudier l'homme dans l'homme, toute la part d'influence qu'ils ont eue et qu'ils doivent conserver. C'est au vitalisme en effet qu'appartient l'observation de tous les faits vitaux, faits réels, incontestables, tout hors qu'ils sont de la portée de nos sens, faits d'unité d'action, d'activité, de spontanéité de système; tout ce qui était immédiatement relatif à l'action du monde extérieur, aux faits de réaction ou de passivité qui en résultent. » Aux autres, nous dirons aussi: « Armez-vous du microscope et du scalpel, expérimentez, disséquez, localisez, procédez tour à tour par analyse et par synthèse, et de ces travaux doit nécessairement sortir le principe à la vérification duquel doivent tendre nos efforts réunis. » Convaincu de l'utilité de cette étude, nous avons pensé que nous ne pouvions la réaliser qu'en rappelant l'attention sur les hommes et les ouvrages qui nous ont précédé; que nous devions blâmer hautement, sans crainte d'être démenti par les esprits sages et droits et surtout par les hommes véritablement instruits et que la science a convaincus de ce que nous avançons, que nous devons, dis-je, commencer par rappeler l'attention sur l'histoire de la médecine, si peu étudiée de nos jours, si peu connue, que

l'on croit avoir inventé ce qui chez nos pères était connu de tous ; rappeler des noms si grandement célèbres et qu'on semble avoir si bien oubliés que l'on est tout étonné quand, par hasard, dans nos chaires de médecine, le professeur oubliant qu'il ne devait parler que de lui-même, a cité les Baillon, les Stoll, les Sydenham. « Quand je vins à Paris, dit le professeur Ribes que nous nous plaisons à citer dans cette occasion, tant nous nous sommes convaincu qu'il avait pensé juste, je ne fus point surpris de ne plus entendre prononcer les noms des grands maîtres ; l'érudition suppose la retraite, les longues méditations ; mais quand on cherche à jouir au plutôt des fruits que donnent la science et de la réputation qui la suit, on ne s'inquiète pas beaucoup du passé ; on ne s'informe guère s'il existe ailleurs des doctrines, surtout si la connaissance en est pénible à acquérir. Ici l'art n'est ni long ni difficile ; les idées de la veille sont à peine accueillies le lendemain ; le talent consiste surtout à s'accommoder à celles qui ont la faveur du jour. »

Revenons à la médecine. Outre le plaisir qu'on trouve dans l'étude des faits qui constituent son histoire, ce travail est de première nécessité, nous ne pouvons faire un pas sans en sentir le besoin. Dans cette étude, malgré soi, l'on passe successivement en revue les systèmes les plus hypothétiques, et c'est encore utile, puisqu'il n'y a point d'hypothèse qui ne soit fondée sur quelque point de vue digne d'être apprécié et dont avec une bonne philosophie, on n'ait pu tirer de bonnes choses ; de plus les faits sur lesquels s'appuie chacune d'elles sont véritablement une source d'instruction où l'on doit puiser. Faisons bien sentir cette vérité par un exemple. Stahl est l'homme auquel nous devons l'idée de l'individualité vitale : si l'on ne connaît que son nom, on ignorera la série de faits importants par rapport à l'homme et à l'accord des phénomènes vivans qu'il a si parfaitement exposés dans son système, et ce sera une perte réelle. Nous pourrions en dire autant de toutes les hypothèses qui se sont succédées et arriver à M. le professeur Broussais dont la doctrine médicale sur l'inflammation offre, au milieu de tout ce que nous ne partageons pas, une foule de faits intéressans, utiles, et que tout médecin doit savoir. Certes, dans cette longue série, que d'idées fausses, que d'opinions erronées, que d'hypothèses souvent même futiles, que d'idées morbides ! mais aussi cette étude nous eût montré les systèmes se succédant les uns aux autres comme des tableaux magiques, et c'est à travers cette succession si variée d'idées, d'opinions, toujours incomplètes, savantes parfois, souvent ridicules, arrêtant la science dans ses dogmes fondamentaux, pervertissant sa pratique et toutes les branches dont l'art se compose, que l'on aperçoit une doctrine traditionnelle qui, depuis Hippocrate, s'est toujours montrée quelque part. Elle a un esprit qui la caractérise, une allure particulière qui la distingue, une méthode de classification et d'analyse qu'on ne retrouve point ailleurs ; elle s'efforce de noter les propositions générales qui ne sont que le simple exposé des faits et cherche à faire rentrer tous ces faits dans ce qu'elle appelle son principe. D'après elle, elle sait mettre à profit la chimie, l'anatomie humaine et comparée, elle donne aux connaissances des médecins le genre et le

degré d'autorité qui leur appartient. En suivant ainsi les progrès de la science et son histoire, on apprend combien Sydenham est classique quand il décrit une maladie qu'il a vue et souvent observée. Elle vous familiarise avec l'immense érudition de Sauvage, de Haller ; elle dit comment Barthès appliqua avec tant de talent la philosophie Baconienne aux lois de l'économie. Elle vous familiarise avec les hommes, leur temps et leurs doctrines. Moins enthousiaste parce que l'on connaît davantage, l'on n'est plus esclave de l'opinion des autres et l'on ne risque pas, en exaltant tel ou tel homme, de se faire demander où sont les titres de tant de gloire. (Lordat, *leçons orales.*)

Avant d'entreprendre ce travail, nous ne nous en sommes pas dissimulé la difficulté ; mais, connaissant l'école de Montpellier et ce qu'a fait pour la science cette vieille métropole du monde médical, nous avons cru utile de rappeler l'attention sur des doctrines qui, bien étudiées, donneront nécessairement naissance à une conception unitaire qui, résumant tous les faits, leur donnera à chacun une valeur convenable. Cependant, comme notre cadre doit être borné, nous choisirons parmi les hommes que le midi de la France a produits, ceux dont les doctrines ont été les plus utiles et les plus pratiques, car nous n'oublierons pas dans tout le cours de nos articles, que le journal qui nous a ouvert ses colonnes n'a et ne peut avoir pour base que *l'explication clinique.*

Nous ne dirons rien aux dépens de l'école de Paris, digne rivale autrefois de la première école française qu'elle a si bien su dépasser. Car, bien que nous nous honorions d'avoir compté parmi les élèves de Montpellier, que nous soyons heureux de trouver l'occasion de remercier les professeurs Lordat et Ribes des soins qu'ils ont donnés à notre éducation médicale (pourquoi ne pouvons-nous pas offrir le même tribut à notre infortuné Delpech !), nous nous garderons bien de donner à cette esquisse une forme apologétique ; ne partageant point tout ce qu'on a dit à la louange de l'école et de ses doctrines, ce serait manquer à notre but, et nous venons seulement avec franchise et simplicité appeler l'attention sur les dogmes qu'elle a depuis si long-temps professés, parce que nous croyons que de telles connaissances sont du domaine de l'art et indispensables à qui se dit médecin ; voir les changemens qu'elles ont subis dans la forme seulement, et, jetant un coup-d'œil sur ce qu'elle a été, dire ce qu'elle est et faire pressentir quel est l'avenir que nous lui croyons. Nous rappellerons quelques uns des noms auxquels elle doit sa célébrité, nous parcourrons rapidement leurs écrits ; arrivés à sa philosophie, nous en chercherons l'esprit et là nous laisserons souvent parler Berard : selon nous c'était l'homme de l'école. Professeur distingué et savant philosophe, toutes les doctrines de Montpellier lui étaient familières. Combien nous regrettons que la mort prématurée qui l'enleva à la science, à ses élèves, à ses amis, ne lui ait pas permis de terminer le bel ouvrage qu'il avait entrepris à la gloire de l'école à laquelle il devait tant. Notre travail serait tout fait. Quant à la pratique des hommes de Montpellier, nous nous y arrêterons d'autant plus volontiers, qu'il nous sera, je crois, facile de la venger de cet esprit de contempla-

tion dont on se plait si gratuitement à l'accuser. Certes les preuves et de grands noms ne nous manqueront pas, quand nous voudrons montrer combien au contraire sa thérapeutique est sage et rationnelle, et combien ils surent justifier l'*ubique terrarum*, que la seule faculté de Montpellier avait droit d'accorder à ses docteurs. Enfin, après avoir exposé le vitalisme, jeté un coup-d'œil rapide sur l'école organicienne, en tant qu'elle est professée dans le

midi; après avoir examiné les mœurs, les allures, le langage et les méthodes par lesquelles elles arrivent au même but, nous terminerons par l'examen des doctrines et des ouvrages du professeur Ribes qui, bien qu'il n'ait encore rien résolu, nous semble cependant avoir franchement compris quelle était la *direction* dont la science avait besoin.

Samuel DOULCET, D.-M. M.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Guide aux eaux minérales de la France et de l'Allemagne; par M. Isid. Bourdon.

Borden regardait comme incurable toute maladie chronique qui ne cédait pas à l'usage des eaux minérales; et encore, les eaux minérales, pour lui, c'était Bonnes; Bonnes dont il nous a raconté si naïvement tant de merveilles, Bonnes d'ailleurs qui était sa patrie, et dont son père et son oncle avaient tant accru la réputation! Il a été facile de faire voir que Bordeu avait exagéré, grâce à son imagination méridionale; mais, quand on a prouvé qu'un homme exagère, on ne l'a pas réfuté. Plusieurs vérités ne sont entrées dans le monde que sous la forme du paradoxe et n'y seraient peut-être pas entrées sans cela. Le fait est que les eaux minérales sont restées une bonne et excellente chose, une puissante médication. Tout en accordant que les distractions et les agréments du voyage, et l'air pur, et les rians côtes, et les vallées délicieuses, et les douceurs de la société ont une grande influence sur beaucoup de maladies chroniques, en particulier sur celles des gens riches, il faut se souvenir qu'il y a quelque chose de *spécial* dans ces sources si diverses qui sont, il est vrai, de si agréables rendez-vous: la preuve, c'est que si vous allez à Barèges pour la goutte, au Mont-d'Or pour les scrophules, à Bourbonne pour les dartres, vous en reviendrez presque infailiblement plus malade, souvent dangereusement malade, tandis que vous laisserez vos dartres à Barèges, vos scrophules à Caunterets, votre goutte à Bourbonne ou à Louesche, au moins pour un temps (et n'est-ce pas tout ce que vous pouvez demander?) A ceux qui dénie l'action spéciale des eaux, qui vantent si pompeusement l'action morale, M. Isid. Bourdon répond fort agréablement qu'on guérit à l'une des sources de Caunterets tous les chevaux un peu *poussifs* du haras voisin: « Cette cure singulière, qui se *répète chaque année*, ne dure presque jamais plus de vingt jours. »

Il y a donc ici un choix à faire, c'est-à-dire, comme le dit si simplement et si admirablement Hippocrate, des choses utiles et des choses nuisibles: ce qui suffit pour qu'il y ait une médecine.

Il existe en France, disséminées dans quarante départemens, et composant environ trois cent soixante sources distinctes, soixante et dix-sept eaux plus ou moins renommées que le gouvernement fait inspecter en son nom, quoique l'Etat n'en possède que huit en toute propriété. Les eaux de dernier ou troisième ordre, qu'on appelle locales, parce que leur renom, ou du moins leur usage, ne s'étend guère au delà du canton d'où elles sourdent, sont au

nombre de cinquante-quatre, et reçoivent année commune environ vingt mille malades, baigneurs ou buveurs. Le déplacement de ces vingt mille personnes met en circulation à peu près deux millions de francs (100 francs par personne). Les eaux plus célèbres forment vingt-trois établissemens, onze de deuxième ordre, douze de premier. Tous ensemble, ces établissemens reçoivent environ, dans le cours d'un été, dix-huit mille baigneurs, d'où il résulte l'émission d'un capital de dix-huit millions.

La plupart des eaux du troisième ordre, ou petites eaux, sont ferrugineuses et froides, d'autres tièdes et sulfureuses, et légèrement salines et quasi bouillantes. — M. Bourdon ne divise les grandes eaux (1^{er} et 2^e ordres) qu'en trois familles: cela nous paraît plus simple et plus raisonnable. 1^o Les *sulfureuses* (1^{er} ordre: Barèges, Bonnes, Caunterets, Luchon; 2^e ordre: Ax, Eaux-Chaudes, Saint-Sauveur, Couterne (Orne), Enghien et Bagnols (Lozère). La plupart de ces eaux sont cautoonnées dans les Pyrénées. 2^o Les *eaux gazeuses* (1^{er} ordre: Mont-d'Or, Vichy, Bourbon-Larchambault; 2^s ordre: Nérès). Particulièrement abondantes dans le Bourbonnais et dans l'Auvergne. 3^o Enfin, les *eaux salines*, 1^{er} ordre: (Plombières, Luxeuil, Bagnères de Bigorre, Bourbonne, Dieppe (eau de mer); 2^e ordre: Balarue, Bains, Bourbon-Lancy, Contrexeville.)

Après quelques généralités sur l'usage et le choix des eaux minérales, M. Isid. Bourdon donne l'histoire de chacune des grandes eaux que nous venons de nommer, histoire chimique, histoire thérapeutique, histoire pittoresque: car, comme le livre est fait pour les gens du monde autant que pour les médecins, l'auteur entremêle son exposé médical d'une agréable description des lieux toutes les fois que cela se présente, et du récit des traditions locales qui peuvent intéresser, ce qui se présente presque toujours.

Les conseils hygiéniques et médicaux donnés dans ce livre nous paraissent sages et pleins de discernement: quant à les juger dans le détail, c'est chose que nous ne pourrions faire que si nous avions habité et expérimenté chacune des sources en question.

M. Bourdon a placé dans son *Guide* l'histoire de plusieurs eaux étrangères d'Allemagne, de Suisse et d'Italie: c'est bien fait, puisqu'il écrit pour les voyageurs français, et qu'il est d'aussi bon ton, sinon de meilleur, d'aller à Spa, ou à Carlsbad, qu'au Mont-d'Or ou à Vichy, à Aix, à Louesche, ou à Lucques, qu'à Barèges, Caunterets ou Saint-Sauveur. — Ce petit ouvrage se lit d'un bout à l'autre avec plaisir et intérêt,

à la promenade ou dans le cabinet, et, une fois lu, sera certainement consulté avec fruit.

Dissertation sur les généralités de la physiologie et sur le plan à suivre dans l'enseignement de cette science; par P. MALLE, agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Cette dissertation est une thèse sur les généralités de la science composée pour le concours de la chaire de physiologie ouvert, en 1833, à la Faculté de Strasbourg. C'est avec plaisir que nous signalons à l'attention de nos lecteurs cette brochure, et nous félicitons l'auteur de l'avoir livrée à la publicité : car il y a là beaucoup de travail, de sages vues et de bonnes pensées. Nous ne pouvons donner ici une idée de son plan que par un exposé très succinct.

Après avoir renoncé à donner une définition de la vie, puisque toutes celles qui ont été données l'ont été mal, et puisque nous n'en connaissons ni l'essence ni la nature, M. Malle pense que l'on doit s'attacher à constater les élémens des corps qui réclent la vie, les formes variées qu'elle revêt, et ses différens modes d'activité dans les deux grandes divisions qu'offre la nature, « divisions plus ou moins fondées, mais dont la comparaison est féconde en détails de bonne physiologie. » Là dessus, l'auteur fait un examen rapide et lumineux des caractères distinctifs des deux règnes de la nature, et établit les nombreuses dissemblances qui, aux yeux de l'observateur, séparent les êtres anorganiques des êtres organisés, tant sous le rapport de la forme que sous celui de la structure et du développement. Dans cette partie de la dissertation, qui nous semble avoir emprunté beaucoup de sa richesse de faits et d'idées à la belle physiologie de Tiedmann, se trouve indiquée la question de la génération spontanée, question si difficile à résoudre par l'expérience directe, et où l'on trouve d'un côté MM. Weigmann, Bory de Saint-Vincent, Agart, Edwards, Royer-Colard, etc., et de l'autre MM. Blainville, Cuvier, Ehrenberg.

Suit un court historique des doctrines du principe vital, des forces et des propriétés vitales, depuis le premier âge de la physiologie, le temps des Empédocle, des Anaxagore, jusqu'à l'âge moderne, l'époque de Barthez et de Bichat dont M. Malle caractérise les doctrines par les dénominations de *vitalisme abstrait* et de *vitalisme scientifique*. C'est à cette dernière doctrine que paraît se rattacher M. Malle : il la trouve moins idéale, moins imaginaire que celle de Barthez, plus réelle et plus féconde que le *chimisme* et que l'*électro-vitalisme* moderne.

L'anatomie descriptive, pathologique, comparée, tératologique, est examinée dans les rapports qu'elle peut avoir avec la physiologie, comme le sont aussi, sous le même point de vue, la médecine et la chirurgie.

Quant au plan qu'adopterait M. Malle pour l'enseignement de la physiologie, c'est celui de Bichat : non qu'il se dissimule que la vie animale et la vie organique se croisent, se pénètrent et se mêlent souvent, et que la nature ne s'occupe guère de s'astreindre à la classification adoptée par notre grand physiologiste, mais de tous les plans, de tous les systèmes, celui-là lui semble encore le plus naturel en lui-même, le plus commode pour l'étude et pour

l'enseignement, surtout quand le côté faible en est connu et reconnu d'avance.

NOUVEAU FORMULAIRE PRATIQUE DES HÔPITAUX; par MM. Milne Edwards et P. Vavasour, DD. MM. — Deuxième édition, 1834.

MM. Milne Edwards et Vavasour sont deux hommes qui travaillent utilement pour les étudiants en médecine et pour les jeunes médecins. Une instruction choisie, la clarté, la précision, une distribution intelligente des matières, telles sont les qualités qui recommandent au public leurs petits et bons ouvrages, qui ont fait le succès rapide et incontesté du *Manuel de matière médicale et de thérapeutique* et de la première édition du *Formulaire des hôpitaux*. La deuxième édition que nous annonçons aujourd'hui a été revue et améliorée : quelques formules trop compliquées ou peu heureuses en ont été éliminées, et plusieurs médicamens, récemment expérimentés et introduits dans la pratique, en ont fourni de nouvelles. Ces messieurs ont également jugé utile de faire précéder cette seconde édition de notions statistiques sur les hôpitaux de Paris : ces statistiques, faites avec soin, et, autant que nous le pouvons juger par les hôpitaux que nous avons nous-mêmes habités, sur des renseignemens exacts, sont pour le *Formulaire* une heureuse et intéressante introduction. * G.

DU CYANURE D'OR; par M. O. Figuier, pharmacien à Montpellier.

D'après une lettre adressée à la *Gazette médicale* par M. le docteur Pourché, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, le cyanure d'or est beaucoup plus efficace et beaucoup moins excitant que le chlorure d'or et de sodium dans le traitement de la syphilis et des scrophules.

Ces deux sels s'emploient aux mêmes doses et sous les mêmes formes; mais le cyanure présente cet avantage qu'il ne se décompose pas comme le chlorure lorsqu'on l'unit à un extrait, et qu'on peut facilement lui associer celui du daphne mézéréum, sans que ces deux médicamens se modifient en aucune manière.

M. O. Figuier, persuadé qu'il pouvait être utile aux pharmaciens en leur indiquant un moyen sûr et facile de préparer ce sel, a résumé dans une courte brochure quelques renseignemens qui, dans le traité de Berzélius, manquent à la description du procédé qu'il a indiqué pour l'obtenir.

Ce procédé consiste à précipiter le chlorure d'or par le cyanure de potassium. Rien de plus simple, sans doute; mais, pour que l'opération réussisse, la solution de chlorure doit être exactement neutre, et elle peut être amenée à cet état de neutralité par un nombre suffisant de dissolutions et d'évaporations successives. Il faut aussi que le cyanure de potassium soit parfaitement pur. A ce sujet, M. Figuier fait remarquer, avec beaucoup de raison, que ce sel obtenu à l'état sec, en évaporant à l'air libre le cyanure brut, tel qu'on le trouve au fond de la cornue qui a servi à le préparer, contient toujours du formiate de potasse, du formiate d'ammoniaque et du carbonate de potasse, et ne saurait convenir pour faire du cyanure d'or. Il propose en conséquence de préparer ce médica-

ment en versant peu à peu dans le chlorure d'or une dissolution de cyanure de potassium formée immédiatement avec le résidu de la calcination du prussiate jaune tel qu'on le trouve dans la cornue. Pris dans cet état, le cyanure alcalin n'a pu encore éprouver aucune modification, et doit donner du cyanure d'or exactement pur.

On doit ajouter encore, avec M. Figuié, qu'il importe d'opérer la décomposition des deux sels avec beaucoup de soin, et de n'ajouter le cyanure de potassium que peu à peu, de peur d'en mettre un excès qui dissoudrait le cyanure d'or déjà produit.

Ce cyanure une fois précipité, doit être lavé avec soin et conservé à l'abri de la lumière.

Voici au reste les formules que M. le docteur Pourché a mises en usage pour le cyanure d'or.

Cyanure d'or.	i gr.
Poudre d'iris lavée à l'alcool.	ijj
Mélez et divisez suivant la prescription.	
Cyanure d'or.	i gr.
Extrait de daphne mézéréum.	ijj
Poudre de guimauve, quantité suffisante pour faire le nombre voulu de pilules.	v grs.
—	
Cyanure d'or.	j
Chocolat, quantité suffisante pour faire le nombre voulu de pastilles de.	v à vj grs.

Quelle que soit la forme sous laquelle on emploie ce médicament, on doit toujours commencer par $\frac{1}{13}$ de grain, et augmenter graduellement.

La note de M. Figuié me fournit l'occasion de présenter, sur le cyanure de potassium, quel-

ques observations qui ne sont pas, je crois, sans importance pour la pratique médicale. Je les renvoie à la prochaine livraison. F. B.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en 20 volumes; 2^e édition.

CLINIQUE MÉDICALE de M. le professeur ANDRAL; 3^e édition.

MÉDECINE OPÉRATOIRE DE SABATIER; nouvelle édition de MM. BÉGIN et SANSON.

LEÇONS ORALES de M. le professeur CHOMEL, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, sur la FIÈVRE TYPHOÏDE.

Ces récentes et importantes publications, dont les exemplaires viennent d'être remis à notre bureau, seront analysées dans les prochaines livraisons du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* avec le détail et le soin qu'elles méritent. Ainsi toutes les questions qui occupent aujourd'hui le monde médical vont être soulevées par notre examen, et en particulier les travaux de l'École de Paris seront passés en revue. Nous aborderons cette tâche avec la franchise que nous tenons à honneur de mettre toujours dans notre critique, n'oubliant pas que nous devons à la fois justice aux écrivains et respect au public. En signalant ce que nous trouverons dans ces œuvres, que recommandent au public les noms de leurs auteurs, nous serons bien obligés de dire ce qui, dans notre pensée, y manque. En tout cas, nous ne nous contenterons point d'une critique purement générale et d'idées: le plus qu'il nous sera possible, nous nous attacherons à l'analyse des choses, afin de mettre nos lecteurs à même de connaître et de juger.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE.

Jun 1834.

La *Gazette médicale* de Juin, contient les articles originaux suivans :

1^o *Mémoire sur la paralysie ou choix d'observations recueillies à la Pitié*, par M. Auguste Boyer; 2^o *Remarques nouvelles sur les pessaires en caoutchouc et sur les plaques faites de la même substance, pour garantir certaines cicatrices*, par M. Rognetta; 3^o *Recherches sur les phlegmasies catarrhales du conduit auditif*, par le docteur Deleau, jeune; 4^o *Note sur l'emploi de l'extrait alcoolique d'aconit-napel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu*; par le docteur Lombard, médecin de l'hôpital civil et militaire de Genève. — Dans la correspondance, nous trouvons des observations sur l'emploi de la noix vomique dans le traitement de la paralysie des membres inférieurs, par M. le docteur Perrussel de Saint-Cyr (Mont-d'Or), et quelques mots de M. le docteur Munaret de Châtillon-de-Michailles, sur l'emploi du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes.

De la paralysie, par M. Auguste Boyer. — L'auteur de ce Mémoire examine et discute plusieurs des questions que la science actuelle agite au sujet de la paralysie. Nous rappellerons ici les principales. — Considérant le cerveau

comme un organe multiple, M. Boyer, qui n'admet que rarement la paralysie *sine materiâ*, pense que cette affection ne sera générale que lorsque la lésion organique occupera, dans le cerveau, une étendue considérable, ou bien les parties centrales, ou bien lorsque l'hémorrhagie aura lieu dans les ventricules. Il nous semble que, même en considérant le cerveau comme un organe multiple, on est forcé de croire à un lien sympathique existant entre les différentes parties qui le constituent, de sorte que le trouble profond d'une de ses parties peut troubler toutes les autres sans une très grande étendue et sans une situation absolument centrale de la lésion. — L'apoplexie n'est jamais *foudroyante*, c'est-à-dire qu'elle ne tue jamais subitement, comme le pense le vulgaire: c'est bien plutôt aux affections du cœur qu'aux affections cérébrales que l'expérience nous porte à rapporter les morts subites. — Le diagnostic de la congestion cérébrale forte, et de l'hémorrhagie est surtout fondé sur la permanence de la paralysie, dans un des cas, et sur son *impermanence* dans l'autre. — M. Boyer rappelle l'opinion de M. Rostan sur la cause de la paralysie des membres supérieurs et inférieurs. Ce pathologiste estime que la paralysie des membres inférieurs dépend d'une affection de la moelle épinière; mais, si un seul membre inférieur est paralysé, il rapporte au cerveau cette paralysie, ne

croisant pas qu'un des côtés de la moelle puisse à ce point être indépendant de l'autre et se fondant sur les nombreuses nécropsies par lui pratiquées. — La partie incomplète de ce travail, d'ailleurs intéressant, est celle qui regarde la paralysie due au ramollissement; une observation rapportée par M. Boyer, dans laquelle il y a eu perte subite de mouvement de tous les membres, avec intégrité de l'intelligence, et, à l'autopsie, double ramollissement des lobes postérieurs du cerveau, aurait pu le mettre sur la voie de la discussion des idées du professeur Récamier, qui donne, comme signe de ramollissement, la coïncidence de ces deux phénomènes : *paralysie du mouvement, intégrité de l'intelligence*. — M. Boyer reconnaît que quelquefois la paralysie ne correspond à aucune altération organique appréciable, et donne pour exemple les effets de l'action du fluide électrique, de la colique de plomb, des vers intestinaux, de l'abus des liqueurs alcooliques, etc.

— 2° *Des pessaires et des plaques de caoutchouc*; par M. Rognetta. — Pour ce qui regarde les pessaires, le résumé de cet article est 1° que, dans les cas de descente simple de la matrice, M. Rognetta remplace le pessaire cylindrique, qu'il avait proposé dans ses *Considérations sur le cystocèle vaginal*, par un pessaire infundibuliforme dont l'évasement embrasse et soutient le col de la matrice, et dont la queue, de la grosseur du petit doigt, est repliée derrière la fourchette de la vulve; 2° que, pour le cystocèle vaginal simple, le pessaire cylindrique sans lisières suffit généralement; 3° que, dans le cas de relâchement considérable du vagin et des parties voisines, les lisières sont nécessaires pour soutenir le pessaire. — Au lieu des plaques de cuir bouilli d'A. Paré, des plaques d'or et d'argent de M. Larrey, M. Rognetta propose les plaques de caoutchouc pour recouvrir les cicatrices, toujours accompagnées de perte de substance osseuse, qui suivent le trépan céphalique : cicatrices qui, comme on sait, ont besoin d'être garanties de l'impression de l'air, du froid, du bruit des voitures, des cloches, etc. Il croit qu'on pourrait en étendre avantageusement l'usage aux cas d'hydrocéphale, de fungus de la dure-mère, de spina bifida, etc., où la partie malade doit être défendue de l'action des corps extérieurs.

— *De l'emploi de l'extrait alcoolique d'aconit-napel dans le rhumatisme articulaire aigu*, par M. Lombard. — La préparation d'aconit qu'a employée M. Lombard est un extrait alcoolique qu'il a fait préparer avec soin. Le suc de la plante, exprimé et soumis à une légère ébullition pour coaguler l'albumine végétale, est évaporé au bain-marie et repris par l'alcool, filtré et puis de nouveau évaporé à une douce température. Les conclusions de M. Lombard, après la relation de quelques observations intéressantes, sont les suivantes :

1° L'extrait alcoolique d'aconit est doué d'une propriété spécifique contre le rhumatisme articulaire ;

2° Il fait cesser très promptement les douleurs et la tuméfaction, et dissipe les épanchemens de synovie ;

3° Il n'agit pas comme dérivatif sur la peau ou sur le canal intestinal ;

4° Administré à hautes doses, il produit une

forte stimulation de l'encéphale, et paraît modifier sa circulation ;

5° L'extrait alcoolique contient le principe actif de l'aconit, du moins quant à ses propriétés antirhumatismales ;

6° L'on peut administrer en doses croissantes et fractionnées depuis six grains jusqu'à un gros et demi d'extrait alcoolique d'aconit dans les vingt-quatre heures.

— *De la noix vomique dans la paralysie des membres inférieurs*, par M. Perrussel. — M. Perrussel rapporte deux observations dans lesquelles l'emploi de la noix vomique a été d'une utilité évidente. — Le sujet de la première était une femme de vingt-six à trente ans qui avait été trois ans traitée sans aucun succès. L'extrait alcoolique fut donné en pilules d'abord à la dose d'un demi-grain par jour, puis successivement à des doses plus élevées jusqu'à celle de huit grains ; on augmentait la dose tous les huit jours. La malade fut rétablie et libre de tous ses mouvemens au bout de quatre mois. — Le sujet de la deuxième observation est un enfant de dix ans, affecté de gibbosité et de paralysie des membres inférieurs. L'administration de la noix vomique dure depuis plusieurs mois, et l'amélioration est déjà grande. Il est vrai que des cautères ont été appliqués sur les côtés de la gibbosité, mais un mieux immédiat avait été observé après l'administration de la noix vomique et avant l'établissement des cautères. — M. le docteur Perrussel a observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon des effets admirables de la noix vomique dans la *paraplégie* : il regarde ce médicament comme funeste dans l'hémiplégie. Il préfère la forme pilulaire à toute autre, afin que l'absorption de cette substance héroïque et dangereuse se fasse lentement et graduellement.

— *Du chlorure de sodium dans les fièvres intermittentes*, par M. Munaret. — M. Munaret écrit que dès 1832 il avait employé les chlorures contre les fièvres intermittentes, et réclame la priorité sur M. Roche qui a établi une théorie sur ce point dans le N° 155 du *Journal Hebdomadaire*, et sur le docteur Lalerque, qui vient de constater la propriété fébrifuge du chlorure dans le *Journal de la Société des sciences physiques et chimiques de Paris*. M. Munaret fait sur ce sujet un Mémoire qu'il se propose de présenter à l'Académie des sciences pour le concours du prix Montyon.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE (juin 1834).

Les articles contenus dans le Bulletin de juin sont les suivans :

Du traitement employé chez les scrophuleux à l'hôpital des Enfants malades dans le service de M. Baudelocque, par M. Constant.

— L'hygiène mise en usage n'offre ici rien de particulier ; c'est celle sur laquelle tous les praticiens sont d'accord dans cette triste maladie. — Quant aux médicamens, M. Baudelocque a observé avec soin l'action de l'iode, du muriate de baryte, de la liqueur de Kœchlin, du charbon animal, du sulfure noir de mercure, du sous-carbonate de potasse et des évacuans.

Iode. La préparation d'iode la plus employée a été l'eau iodée : elle contient de l'iode en substance dont on facilite la solution par l'addition d'une certaine quantité d'iode de potassium.

℥ Iode. gr. ij
 Iodure de potassium . . . gr. iv
 Eau distillée. ℥ j

Suivant l'âge, la sensibilité, l'effet observé sur les voies digestives, on en prescrit ℥ ij-iv-vj-viii-x par jour. On édulcore avec le sirop de gomme en ne mettant le sirop qu'au moment de l'administration, pour en prévenir la décomposition. On continue l'emploi de l'eau iodée pendant cinq semaines, puis on la suspend pour administrer quelques évacuans, puis on la reprend pendant 4 - 5 semaines, etc. La tolérance du médicament s'établit généralement bien : il n'y a eu que très peu d'accidens, qui ont été légers, du côté des voies digestives.

L'iode a été encore administré en fumigations et en bains. — Les fumigations sont administrées au moyen d'un appareil semblable à celui que l'on emploie pour les fumigations de chlore dans la phthisie pulmonaire. On verse sur l'eau à 30°, 40°, 50° R., contenue dans l'appareil, une solution d'iode contenant $\frac{1}{18}$ de grain de cette substance. A l'aide d'un tube, on fait respirer aux enfans l'air qui a traversé ce liquide. Au bout de vingt minutes, on ajoute une solution semblable à la première, et une autre encore au bout de 40 minutes, de façon qu'il y a trois fumigations dans une heure, et $\frac{1}{6}$ de grain d'iode de respiré. — Pour composer les bains, on jette dans une baignoire d'adulte contenant environ 130 litres d'eau, la solution suivante :

Eau de pluie. ℥ ij
 Iode. ℥ vj
 Iodure de potassium. . . ℥ iv

On en donne trois par semaine. La température de l'eau ne doit pas être trop élevée.

Hydrochlorate de baryte. — Préconisé par Crawford, qui le premier en a fait usage, et puis par Fournier, Duncan, Hébiard, Pinel et Hufeland, rejeté par Portal, Alibert et Lepelletier, ce médicament a été souvent employé avec succès par M. Baudelocque depuis 1830.

On fait dissoudre seize grains de ce sel dans une livre d'eau distillée, et on l'administre par cuillerées à bouche : chaque cuillerée en contient un demi-grain : il est rare qu'on aille au delà de deux grains par jour. — Peu d'accidens.

L'*hydrochlorate de cuivre ammoniacal* (liqueur de Kœchlin) a été recommandé par Helvétius et Goelis. Voici la formule employée à l'hôpital des Enfans :

℥ Limaille de cuivre. . . . ℥ j
 Ammoniaque liquide . . . ℥ j β

Laissez digérer à froid en agitant souvent jusqu'à ce que la liqueur ait pris une couleur bleue. Décantez et conservez pour l'usage. C'est là la *teinture de cuivre ammoniacal*.

℥ Teinture de cuivre ammoniacal. ℥ ij
 Acide hydrochlorique. q. s.

[pour la saturation.

(Environ cinq gros et demi-scrupule.)

Pour avoir la liqueur dépurative de Kœchlin, mêlez un gros de la liqueur précédente, qui est l'*hydrochlorate de cuivre ammoniacal*, avec dix onces d'eau distillée (le gros contient quatre grains de cuivre).

La dose de la liqueur de Kœchlin est, pour les enfans de 3 à 11 ans, d'une faible ou forte cuillerée à café, une fois par jour, après le principal

repas. On fait avaler pardessus une ou deux cuillerées à bouche de bon vin sucré.

Charbon animal. — Ce médicament, vanté par les médecins allemands, n'ayant donné aucun résultat à l'hôpital des Enfans, on n'en fait connaître, dans le travail que nous analysons ici, ni le mode de préparation, ni les doses.

Sulfure noir de mercure. — M. Baudelocque l'a associé à la ciguë et à la magnésie, faisant des pilules de deux grains de sulfure, autant de poudre de ciguë, et un grain de magnésie, commençant par une pilule matin et soir, et allant jusqu'à dix pilules par jour.

Purgatifs. — Ont été fréquemment employés avec avantage. — M. Baudelocque administre avec succès contre les scrophules l'*iode*, le *muriate de baryte*, les *purgatifs*; il regarde comme dangereux l'*hydrochlorate de cuivre ammoniacal*, comme inutile le *charbon animal*, comme beaucoup trop vanté le *sulfure noir de mercure*.

Les pommades employées dans le même service, soit en frictions contre les engorgemens, soit en pansement contre les ulcères, sont les suivantes :

℥ Axonge. ℥ j
 Iodure de potassium. . . ℥ j
 Iode pur. ℥ xij
 ℥ Axonge. ℥ j
 Iodure de plomb. ℥ j

Inutile de rappeler ici les généralités sur le traitement des ulcères, des fistules, des caries, des nécroses, etc., chez les scrophuleux.

Contre le *lupus*, ou *esthiomène* (*dartre rougeante de la face*), M. Baudelocque a renoncé à l'*iode caustique* qui a toujours été insuffisant, à la *pâte arsénicale* (composée de 98 à 99 parties de calomel sur une ou deux parties d'oxide blanc d'arsenic), et dont M. Dupuytren conseille d'appliquer une couche d'un millimètre d'épaisseur sur la surface ulcérée, à cause des accidens que peut produire et qu'a produits plusieurs fois l'absorption de l'arsenic. Ce praticien préfère le *nitrate acide de mercure*, et encore mieux une pommade dont il a trouvé la recette dans un livre intitulé : *Les secrets du seigneur Alexis*. Voici cette pommade :

℥ Chaux vive nouvelle. . . . ℥ iv
 Orpiment en poudre. . . . ℥ j

Lessive forte, c'est-à-dire, deuxième lessive magistrale, 2 verres.

« Mettez-les en pot, et les faites bouillir jusqu'à ce qu'ils deviennent épais; ou bien plongez dedans une plume de canne, et, si elle se pèle, elles seront assez cuites; en les mêlant souvent et en cuisant, elles prendront corps; puis, gardez-les en pots plombés: et, quand vous voudrez en user, étendez-la subtilement et la mettez par mesure sur le lieu d'où vous voulez ôter le poil; mais oignez premièrement ce lieu d'huile d'amandes douces, puis mettez dessus ladite mixtion, et vous ne sentirez icelle chaleur ou bien peu.»

Cette pommade, destinée à ôter le poil et la barbe d'où l'on voudra, s'est trouvée un excellent caustique pour le lupus: on en applique une couche assez épaisse qui, après avoir causé une douleur vive mais passagère, donne lieu à la formation d'une escharre noirâtre dont la chute laisse voir une surface égale vermeille, qui marche rapidement vers la guérison.

Enfin le collyre des *Bénédictins*, ou la suie, séparée des matières insolubles qu'elle contient, dissoute ensuite dans du vinaigre et étendue d'eau, a paru bon contre les maladies scrophuleuses.

Du sassafras, de la salsepareille, de la squine et de la bourrache, étudiés comme moyens sudorifiques, par M. Sandras. — L'auteur de cet article, qui a déjà publié, il y a quelque tems, une note sur la résine et l'extrait aqueux de Gayac, considérés sous le même point de vue, expose que son expérience le porte à ne point ou à ne presque point admettre la propriété sudorifique de ces médicamens. Ainsi, l'infusion de sassafras, la décoction et l'extrait aqueux de salsepareille, la décoction de squine, l'infusion de bourrache lui ont paru sans vertu toutes les fois que le régime sudorifique n'était pas observé.

— *De l'agaric blanc pour combattre les sueurs chez les phthisiques, par M. Max. Simon.* — Après de Haën qui cite un cas analogue, Barbet, qui en a rassemblé un certain nombre il y a plusieurs années dans le *Journal de Médecine*, M. Toël, qui a publié une brochure sur ce sujet, M. le professeur Andral vient d'administrer, à l'hôpital de la Pitié, l'agaric blanc pour arrêter les sueurs colliquatives des phthisiques. Les essais qu'il a déjà faits le portent à établir : 1° que l'agaric jouit vraiment de cette vertu ; 2° qu'il n'a pas sur le tube digestif la fâcheuse influence qu'on avait pensé. Ainsi, des malades considérés comme phthisiques, fatigués de sueurs nocturnes abondantes, ont été manifestement soulagés par des pilules d'agaric blanc. M. Andral débuta d'abord avec timidité, craignant l'action irritante de l'agaric, et donna 2 grains par jour ; il commença aujourd'hui par 6 ou 8 grains en deux pilules, élevant successivement la dose jusqu'à 36 grains, qu'il divise en six pilules, et que les malades prennent de deux en deux heures. Ce n'est qu'à la dose de 60 grains que la tolérance intestinale a cessé d'exister ; il y a eu deux ou trois selles liquides et quelques coliques.

— *De l'emploi de l'éponge préparée dans le traitement de l'ongle rentré dans les chairs par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.* — M. Bonnet, de Lyon, vient de mettre à profit, pour le traitement de l'ongle incarné, l'éponge préparée. Ce chirurgien voit ici trois indications à remplir : 1° *Découvrir la surface de l'ongle* ; on insinue entre l'ongle et le bord de toutes les portions de peau qui le recouvrent, des morceaux d'éponge assez minces pour entrer sans effort, et qu'on soutient au moyen d'un ou de deux cylindres de la même substance placés sur l'ongle et dans sa direction, et maintenus eux-mêmes par des bandelettes de diachylon qui se croisent en différens sens. Les pansemens sont renouvelés une fois dans les vingt-quatre heures. 2° *Affaiser les chairs* ; les cylindres sont appliqués sur les chairs mêmes pour les repousser au dessous de l'ongle dès que le bord de celui-ci est découvert. 3° *Relever l'ongle* ; lorsque l'ongle a été déformé par la maladie, on combat la tendance qu'il a à se renfoncer dans les chairs en continuant de placer au dessous des morceaux d'éponge.

Plusieurs malades traités par cette méthode, l'ont été avec beaucoup d'avantages.

— *Mode de traitement adopté à l'Hôtel-Dieu*

pour les abcès par congestion, par M. Paillard. — M. Paillard rappelle que M. Dupuytren se contente de traiter par les moxas, les cautères, les médicamens internes et un régime hygiénique adaptés à la cause, la maladie dont ces abcès ne sont qu'un symptôme. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne traite pas ces abcès symptomatiques, dont le pus tantôt se fait une issue au dehors pour ne plus se reproduire, tantôt se résorbe sans inconvénient, tantôt se convertit en une masse concrète que l'analyse chimique a fait reconnaître pour de l'adipocire.

— *De l'herpès du prépuce et du gland et de son traitement, par M. Casenave.* — M. Casenave recommande de ne pas confondre l'*herpes præputialis*, affection aiguë, légère, dépendant de mille causes différentes d'irritation simple, avec l'ulcère syphilitique. Cette erreur de diagnostic ne sera point commise, si l'on considère que l'herpès, à l'état vésiculeux est formé par un groupe de petites vésicules qui ne ressemblent point à la pustule syphilitique, très généralement isolée ; et qu'à l'état d'ulcération, ce même herpès n'offre qu'une érosion très superficielle fort différente de l'ulcération vénérienne, dont les caractères sont si tranchés. — L'*herpes præputialis* doit encore être distingué du *psoriasis præputii*, qui en diffère en ce qu'il offre des squammes et point de suintement, au lieu que l'herpès est accompagné de suintement et point de squammes. — A l'état aigu, c'est l'affaire de quelques lotions émollientes et de quelques bains généraux ; à l'état chronique, soit que la maladie ait marché ainsi naturellement (ce qui est rare), soit qu'elle ait été entretenue et aggravée par des applications irritantes et caustiques à raison de l'erreur de diagnostic que nous avons signalée tout à l'heure ; à l'état chronique, dis-je, l'herpès est avantageusement combattu par les lotions chlorurées ou sulfureuses (eau de Barèges ou d'Enghien une ou deux cuillerées pour demi-pinte ou une pinte d'eau de son), ou alcalines quand l'exsudation est abondante (sous-carbonate de soude ℥j - ij, eau distillée ℔j), et par les bains locaux émolliens, alcalins ou sulfureux alternés. — M. Bielt a plusieurs fois employé avec succès les pommades suivantes :

℥ Axonge.	℥ j.
Calomel.	℥ ℔.
Camphre.	gr. viij.

—
 et Cérat. ℥ j.
 Sous carbonate de potasse. ℥ j

Et, dans les cas très rebelles, la solution de Pearson à la dose de quelques gouttes d'abord, et en augmentant graduellement jusqu'à un gros par jour, suivant l'effet du médicament et suivant l'idiosyncrasie des malades.

— *Du traitement de l'ostéite carpo-métacarpienne par les bains de sous-carbonate de soude, joints aux frictions mercurielles.* — Contre les ostéites métacarpiennes chroniques, on recommande :

1° De teuir tous les jours pendant deux heures la main dans un bain composé de sous-carbonate de soude, ℥℔ ; eau, chopines viij—x ;

2° De frictionner la partie pendant une demi-heure en sortant du bain, avec onguent mercuriel ℥℔ ; on peut ajouter cinq parties de muriate d'ammoniaque et autant de camphre à 90 parties d'onguent ;

3° D'appliquer ensuite un large cataplasme émollient;

4° De faire mouvoir les doigts dans le bain. On fait ressortir, par la citation de deux faits, les avantages de cette méthode sur celle de Boyer, qui consistait en bains, d'abord, d'eau simple, puis d'eau blanche, et en cataplasmes émolliens.

— Un cas d'érysipèle large du cou, accompagné de délire, de difficulté dans la déglutition, et d'une grande dyspnée, d'abord exaspéré par une application de sangsues, puis traité avec un succès rapide et immédiat par les frictions mercurielles à très hautes doses et très rapprochées. Cinq onces d'onguent napolitain employées dans l'espace de vingt heures, firent disparaître tous les symptômes menaçans. Le sujet de cette observation, communiqué au *Bulletin* par le docteur Blouquier, de Saint-Hippolyte (Gard), était un homme âgé de cinquante ans, d'un tempérament bilieux.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Juin 1834.

Ce cahier contient les articles originaux suivans : 1° *De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques*, par Max. Simon; 2° *nouvelles observations sur la section du tendon d'Achille, pour le traitement du pied-bot*, par M. Stromeyer; 3° *Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres périodiques ayant principalement trait à l'initiative de l'affection de la rate sur les phénomènes fébriles*, par M. Pezerat; 4° *Mémoire sur le bruit du cœur et des artères, et principalement sur celui de soufflet et sur les causes qui le produisent*, par M. Piorry; 4° *Bulletin de la Société Anatomique.*

Des purgatifs, par M. Simon. — M. Simon rapporte une trentaine d'observations de maladies aiguës ou chroniques, recueillies dans le service de M. Andral, qui prouvent l'innocuité des purgatifs, comme stimulans ou irritans de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Dans tous ces cas, on n'a noté aucun accident fâcheux de l'emploi des purgatifs. Quatre fois seulement, après leur administration, le pouls a été un peu plus accéléré : toutes les autres fois ou il a conservé son type, ou il a perdu de sa fréquence. Or, cela signifie évidemment que les purgatifs n'exerçaient sur la membrane muqueuse aucune action phlegmasique. On voit assez quel ordre d'idées ces expériences tendent à détruire, quel ordre d'idées elles tendent à établir.

M. Simon donnera une suite de ce travail.

— *Section du tendon d'Achille*, par M. Stromeyer. — Les nouvelles observations du chirurgien d'Hanovre sont relatives à l'opération par laquelle il remédie au pied-bot, ainsi que nos lecteurs peuvent se le rappeler en se reportant à la page 250 de notre journal, livraison d'avril. Quatre nouveaux cas sont rapportés, dans l'un desquels, le premier, l'opération échoua. M. Stromeyer mit à profit cet échec, et le succès du traitement des trois autres malades fut d'autant plus assuré. L'insuccès tenait à ce que l'extension n'avait été appliquée que huit jours après la section du tendon, M. Stromeyer étant effrayé de l'état d'irritabilité des parties coupées, et ignorant qu'il était alors trop tard pour produire un allongement convenable de la substance intermédiaire qui se forme entre les deux bouts

coupés. Chez les trois malades suivans, l'extension ne fut jamais appliquée plus tard que le cinquième jour après la section, et la guérison fut complète et rapide.

— *De l'état de la rate dans les fièvres périodiques, et de son influence sur les phénomènes fébriles*, par M. Pezerat. — De plusieurs cas de fièvre dans lesquels la rate lui avait paru douloureuse et gonflée avant l'accès et avant le moment de la recrudescence de la fièvre, M. Pezerat concluait que la fièvre intermittente était sous la dépendance de l'état de la rate qui lui semble être aux phénomènes fébriles périodiques ce qu'une phlegmasie viscérale, telle que la pneumonie, est aux phénomènes fébriles ordinaires. — Le rédacteur des *Archives* répond à son correspondant que le plus souvent le gonflement de la rate ne précède point la fièvre, que tout porte à considérer ce gonflement comme fluxionnaire plutôt qu'inflammatoire, qu'il n'y a point parité entre les phénomènes fébriles périodiques et les phénomènes fébriles ordinaires. Nous sommes ds l'avis du rédacteur.

REVUE MÉDICALE.

Avril 1834.

La *Revue médicale* contient dans le numéro d'avril les articles originaux suivans : 1° *Nouvelle méthode pour l'opération de la hernie étranglée*, par M. Colliex de Turin; 2° *Du traitement des névralgies*, par M. Martinet; 3° *Rapport médico-légal sur une partie des meurtres de la rue Transnonain.*

Le mémoire de M. Martinet ne présentant rien de neuf nous ne croyons pas devoir en rendre compte.

Nouvelle méthode pour l'opération de la hernie étranglée, par M. Colliex. — On sait que la méthode ordinaire consiste à couper d'abord le corps du sac pour inciser ensuite l'étranglement de dedans en dehors et à travers le col du sac, jusqu'à ce que la dilatation de celui-ci soit suffisante pour la réduction de la hernie. Cette manière d'opérer expose fréquemment à couper ou à crever l'intestin enflammé et ramolli, et cela en raison des manœuvres employées pour introduire le bistouri entre le col du sac et les viscères. Il est facile de voir que le danger est d'autant plus grand que la constriction est plus considérable. C'est bien pis encore, quand, ne pouvant pénétrer entre l'anneau étranglant et les viscères, on est obligé de débrider d'avant en arrière; car, comme il n'existe pas d'espace entre ceux-ci et le col du sac, quand on incise ce dernier, le tranchant de l'instrument doit nécessairement toucher l'intestin s'il est seul à former hernie. De plus les hémorrhagies qui surviennent alors, se faisant dans la cavité abdominale et d'une manière latente, sont presque toujours mortelles. C'est pour remédier à ces inconvéniens et rendre l'opération plus facile, que l'auteur propose la méthode suivante.

On commencera l'incision des tégumens à un demi-pouce au dessus de l'orifice supérieur du canal herniaire, orifice qui sera indiqué par le renflement des viscères contenus dans l'entonnoir du col de la hernie. Cette incision s'étendra jusqu'au bord de la tumeur herniaire, ou bien, si on croit pouvoir se dispenser d'en faire

L'ouverture, elle se prolongera jusqu'à un pouce au dessous de l'orifice inférieur du canal : alors on soulèvera avec de bonnes pinces les fibres qui en composent la paroi antérieure. L'opérateur divisera en dédoland un premier faisceau puis un autre, jusqu'à ce qu'en procédant de bas en haut il ait fendu toute la paroi antérieure du canal; mais, quand il s'approchera de son orifice supérieur, il cherchera à introduire entre lui et le col du sac la pointe de l'indicateur jusque dans la cavité du ventre pour s'assurer de la position de l'artère épigastrique ou autre. On procédera à la découverte et à l'ouverture du sac comme dans la méthode ordinaire. Avant d'entreprendre la division du col, on fera quelques tractions sur le sac : des aides armés de pinces tendront les bords de l'incision du sac, et, tandis qu'un autre écartera les viscères en les tirant en bas, on coupera de dehors en dedans et de bas en haut le col du sac dans toute son étendue.

Il est facile de voir que ce procédé présente deux choses fort distinctes, savoir : la division préalable du canal herniaire dans toute son étendue et l'incision du col du sac de dehors en dedans. La première, empruntée à M. L. Petit, paraît présenter des avantages réels : la blessure des artères est par là facile à éviter ; l'hémorragie se fait hors de la cavité abdominale, et il devient aisé de lier le vaisseau qui en est la cause. La seconde partie du procédé consiste à couper aussi le col du sac de dehors en dedans après l'avoir préalablement soulevé ; ce qui doit être à peu près impraticable quand c'est sa constriction qui détermine l'étranglement. Dans ce cas, le mode de débridement conseillé par l'auteur doit être extrêmement dangereux ; il est vrai cependant que l'ouverture préalable du sac, et le soulèvement des bords de l'incision au moyen de pinces ; doivent diminuer beaucoup la difficulté, vu surtout que le débridement se fait autant de haut en bas que d'avant en arrière.

Dans une lettre adressée à la *Gazette médicale*, M. Colliex vient d'annoncer qu'il lui paraissait convenable de modifier le mode opératoire, et de couper de dedans en dehors le col étranglant, après l'avoir soulevé pour permettre à des ciseaux ou à un bistouri boutonné de s'introduire sans danger entre le col et les viscères.

* G.

JOURNAL DE PHARMACIE.

OBSERVATIONS SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DES CORPS GRAS, par M. LECANU, professeur titulaire à l'école de pharmacie de Paris.

Jusqu'à ce jour on a généralement regardé la plupart des corps gras d'origine animale ou végétale, tels que l'axonge, le suif de mouton, l'huile d'olives, etc., comme essentiellement formés d'un mélange de deux principes, dont l'un liquide a été désigné sous le nom d'oléine, tandis que l'autre, qui est solide, a reçu le nom de stéarine. On n'admettait que ces deux principes immédiats dans les corps gras, et c'était de leurs proportions variables qu'on faisait dépendre les différens degrés de consistance que présentaient les matières grasses.

Ce système cependant laissait du doute dans les esprits, et l'on ne pouvait trouver une identité absolue entre la matière solide du suif, qui fond à 49°, et celle de l'huile d'olives, qui fond à 28°, non plus qu'entre les graisses ani-

males, qui fournissent ordinairement de l'acide margarique accompagné d'acide stéarique, tandis qu'on ne rencontre jamais ce dernier parmi les produits de l'action des alcalis sur les graisses végétales. Il était aussi difficile de croire que les acides margarique et stéarique dérivassent d'un seul et même principe immédiat ; il paraissait plus rationnel de les rapporter à deux principes différens.

Le Mémoire que M. Lecanu vient de publier a eu pour objet de vérifier ces doutes et de fixer les idées sur ces questions importantes.

En traitant divers corps gras par l'éther, cet habile chimiste a reconnu entre eux des différences prononcées.

L'huile d'olives, par exemple, s'est complètement dissoute dans une fois et demie son poids d'éther, les beurres de coco et de cacao et la partie solide de l'huile d'olives ont fourni des résultats analogues, tandis qu'il a fallu, dans les mêmes circonstances, plus de 60 parties d'éther pour dissoudre une seule partie de suif de mouton.

Que l'on agite en effet dans un flacon à large ouverture 100 grammes de suif de mouton fondu, avec son poids d'éther, on obtient un mélange qui, soumis à l'action graduée de la presse ; laisse pour résidu définitif une matière solide, blanche sans odeur, ni saveur, qui se présente en petites lamelles nacrées et brillantes comme de la cétine, et qui n'a besoin pour être amenée à l'état de pureté que d'être dissoute et cristallisée dans l'éther jusqu'à ce que son point de fusion reste constant à 62°. Fondue, cette matière offre une masse transparente comme de la cire, mais infiniment plus cassante, puisqu'on peut aisément la réduire en poudre. Elle fournit à la distillation de l'acide stéarique fusible à 65°. Elle est très soluble dans l'éther, mais elle ne se dissout sensiblement dans l'alcool qu'à l'aide de la chaleur.

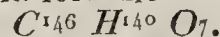
La potasse la saponifie rapidement à chaud, et le savon décomposé fournit de la glycérine et de l'acide stéarique fusible à 66°.

M. Lecanu a trouvé par l'analyse qu'elle était formée, pour 100 parties, de

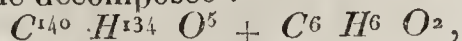
Carbone	78,029
Hydrogène	12,487
Oxigène	9,584

100,00

Ce qui donne la formule



Or cette formule coïncide parfaitement avec la formule décomposée :



qui représente exactement un atome d'acide stéarique anhydre combiné avec un atome de glycérine également anhydre.

Cette analyse remarquable établit en fait, ainsi que M. Chevreul l'avait prévu depuis longtemps, sans pouvoir en fournir la preuve, que l'acide stéarique est, dans l'acte de la saponification, l'unique produit acide d'un des principes immédiats des graisses, de même qu'aussi sans doute l'acide oléique est à son tour l'unique produit acide d'un autre principe analogue, etc.

Ainsi le phénomène de la saponification s'explique avec la plus grande simplicité, soit qu'on admette que, sous l'influence des alcalis, les éléments des corps gras se distribuent de manière à fournir de la glycérine et un acide gras, soit

qu'on pense au contraire que ces matières toutes formées d'avance sont simplement dissociées par les alcalis.

Il résulte encore de cette analyse que la substance nouvelle isolée par M. Lecanu est la véritable stéarine puisqu'elle se transforme uniquement en acide stéarique et en glycérine, tandis que la matière à laquelle M. Chevreul a donné ce nom n'est pas un véritable principe immédiat organique.

Celle-ci en effet se fond à 49 degrés centigrades, et peut être partagée au moyen de l'éther en stéarine pure fusible à 62° et en une autre matière beaucoup plus fusible et plus soluble dans l'éther.

Cette seconde matière, qui avec la stéarine pure, constitue la partie solide du suif de mouton, et que personne n'avait encore aperçue, a été étudiée par M. Lecanu. Elle reste en dissolution dans les liqueurs éthérées qui ont servi au traitement du suif de mouton, et il suffit pour l'obtenir d'abandonner ces liqueurs à l'évaporation spontanée, jusqu'à ce qu'elles aient laissé déposer une partie de la matière solide qu'elles contiennent. On recueille cette matière sur un linge, on l'exprime fortement, et enfin on l'expose à la chaleur prolongée du bain-marie.

Ce nouveau principe immédiat est beaucoup plus fusible que la stéarine, puisqu'il entre en fusion à 48°, il se comporte à peu près de la même manière avec l'alcool, soit à froid, soit à chaud, mais l'éther froid la dissout en beaucoup plus grande proportion. Il suffit en effet de trois grammes d'éther pour en dissoudre deux grammes à 18° de température.

La potasse caustique le transforme en glycérine, et, chose remarquable, en une graisse acide, qui, au lieu d'être de l'acide margarique comme il y avait tout lieu de le présumer, n'est autre chose que de l'acide stéarique fusible à 66°.

M. Lecanu insiste sur la singularité de ce résultat de l'expérience; mais, tout en se promettant de faire de nouvelles recherches à ce sujet, il n'en regarde pas moins comme positive l'existence dans l'axonge et le suif de mouton d'une seconde matière solide autre que la stéarine.

La matière solide de plusieurs huiles d'origine végétale, et plus spécialement celle de l'huile d'olives, partagée, avec ce nouveau principe immédiat, la propriété de se dissoudre presque en toute proportion dans l'éther froid; mais l'identité est loin d'être complète; car, si l'un fond à 48° et fournit de l'acide stéarique fusible à 66°, l'autre entre en fusion à 28° et donne un acide fusible à 59°.

Ce serait donc à tort que l'on prétendrait considérer les huiles d'origine végétale comme ne différant des graisses animales que par la présence de la stéarine. Il existe d'autres différences qu'il est facile de pressentir aujourd'hui, et que les travaux des chimistes ne tarderont pas sans doute à nous révéler.

Le Mémoire dont nous venons de rendre compte donne l'idée des connaissances importantes qu'une application habile du procédé d'analyse de M. Lecanu doit donner sur les corps gras.

Déjà son auteur a constaté que le beurre de vache se distingue essentiellement de la plupart des autres corps gras d'origine animale par l'absence complète de la stéarine dans sa composition, d'un autre côté la graisse d'homme, qui ne fournit pas d'acide stéarique quand on la saponifie, lui a présenté une substance na-

crée qui n'est pas sensiblement soluble dans l'éther froid.

Tous ces aperçus curieux font vivement désirer que M. Lecanu continue de s'avancer dans cette nouvelle carrière qu'il a su ouvrir devant lui, et qu'il lui appartient plus qu'à tout autre de parcourir dans toute son étendue.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Note sur la mannite extraite du céleri-rave; par M. PAYEN. — On sait, par les expériences de MM. Vogel et Hubner, que le céleri ordinaire contient de la mannite; M. Payen vient de reconnaître qu'elle existe aussi en grande proportion dans le céleri-rave, et qu'elle peut en être facilement isolée par le procédé suivant.

La racine du céleri-rave, réduite en pulpe et soumise à l'action de la presse, fournit un suc très visqueux, qui, par l'ébullition, se couvre d'une écume abondante et perd sa viscosité. Le liquide séparé de l'écume est passé sur un filtre de charbon d'os en grains, et rapidement rapproché en consistance sirupeuse. En refroidissant, il se prend en une masse radiée qu'il suffit d'exprimer graduellement pour obtenir des cristaux blancs, aiguillés et brillants de mannite. Cette substance forme environ les 0,07 du poids du suc de céleri.

M. Payen conclut de ses recherches que la mannite est le principe immédiat le plus abondant de la racine du céleri-rave, et qu'elle le fournit plus économiquement et plus pur que la manne elle-même.

Si l'observation confirme les propriétés médicales que déjà plusieurs praticiens attribuent à la mannite, la découverte de M. Payen en rendra l'usage facile et peu dispendieux.

Purification du carbonate de soude; par M. GAY-LUSSAC. — On a été dans l'usage jusqu'à ce jour de purifier le carbonate de soude par des cristallisations successives, mais ses cristaux retiennent une si grande quantité d'eau-mère qu'on n'arrive à l'obtenir pur qu'après un grand nombre d'opérations qui ne laissent qu'un très faible produit.

M. Gay-Lussac propose de substituer à cette méthode un procédé analogue à celui qui sert en France à la purification du salpêtre.

On prend des cristaux de carbonate de soude du commerce, on les lave et on les dissout à chaud; pendant que la dissolution refroidit, on l'agite sans cesse pour en troubler la cristallisation et n'obtenir que des cristaux arénacés.

On remplit de ces cristaux un entonnoir dont le bec est garni d'un peu d'étoffe ou de coton. On les laisse d'abord s'égoutter, puis on les arrose successivement avec de petites quantités d'eau froide, en ayant soin d'attendre, pour chaque nouvel arrosage, que le précédent soit écoulé. La purification de la masse saline est assurée au moment où l'eau de lavage saturée par l'acide nitrique n'est plus troublée par le nitrate d'argent.

Le produit équivaut à plus de la moitié du carbonate de soude employé.

L'eau-mère et les eaux de lavage peuvent servir à une nouvelle opération.

Ce procédé de purification est fondé sur l'extrême facilité avec laquelle se laissent bien laver les cristaux sableux formés par une cristallisation troublée. Il pourrait s'appliquer avec avantage à la purification d'autres sels. F. B.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDICAL QUATERLY REVIEW.

(Juillet 1834.)

I. *Observations recueillies par le docteur Henri Davies.* 1° Marasme chez un enfant de dix-sept mois, guéri par les toniques et les excitans; 2° détails sur l'autopsie d'un cas semblable, rien sur le cours de la maladie elle-même; 3° un enfant de sept semaines avale une épingle; deux mois après on observe une tumeur à l'aîne droite. A la fin de la première année elle devient plus considérable, et paraît céder à des applications de sangsues et de cataplasmes. Elle reparait au quatorzième mois, résiste à la médication déjà employée, et présente de la fluctuation. On pratique une ouverture, qui, deux mois plus tard, donne issue à des matières fécales; à vingt-trois mois l'enfant meurt de la rougeole: à l'autopsie on trouve une hernie, le sac est perforé, ainsi que l'intestin, par une épingle à demi-corrodée, dont la pointe est tournée en dehors; 4° hydropisie enkystée de l'omentum.

II. *Sur le sens de l'équilibre et sur les troubles dont il est susceptible*, par le professeur Mayo. — M. Mayo reprend les expériences curieuses, par lesquelles M. Magendie a cherché à déterminer l'influence des diverses parties du cerveau sur la locomotion; il ne tire pas les mêmes conclusions que notre savant physiologiste. Suivant lui, l'ablation d'une partie du cerveau exerce sur l'animal qu'on y soumet une influence pathologique dont il faut tenir compte dans le résultat de l'expérience, et dont l'effet s'ajoute à l'effet direct de la destruction des parties qui font équilibre à celles qui restent. De plus, il admet que notre faculté d'équilibre est subordonnée à trois autres, savoir: le sens musculaire, l'ouïe et la vue, etc. Ce petit travail est curieux sous le rapport psychologique; l'auteur n'en tire aucune conséquence pratique directe.

III. *Comparaison de l'amputation circulaire de la cuisse et de l'amputation à lambeau*, par le professeur Mayo. — M. Mayo pense qu'il est difficile, surtout quand on opère avec le tourniquet, d'éviter que le fémur ne fasse saillie au milieu du moignon dans l'amputation de la cuisse. Il est fâcheux en pareil cas d'avoir recours à une seconde section de l'os. Pour obvier à cet inconvénient, il a pratiqué l'amputation avec deux lambeaux latéraux, mais il n'a pas tardé à s'apercevoir que le bout de l'os, reposant sur la cicatrice même, rendait la marche douloureuse. En conséquence, il fait un lambeau postérieur assez court, un antérieur plus long, de sorte que la cicatrice se trouve placée en arrière.

IV. *Observations d'ophtalmie catarrhale et catarrho-rhumatique*, par le docteur Tyrrell. Sous le rapport descriptif, M. Tyrrell n'ajoute rien à ce que les médecins allemands nous ont appris à ce sujet. Quant au traitement, les purgatifs, les collyres émolliens, les saignées locales et générales, les vésicatoires; puis, vers la fin, les astringens légers y jouent le principal rôle. Était-ce la peine de faire un mémoire?

V. *Sur le traitement du bronchocèle*, par

le docteur Reid. — Beaucoup d'érudition, rien de neuf; observations constatant l'efficacité des préparations d'iode.

VII. *Collection de liquide séreux et de matière coagulable entre les membranes du cerveau*, par le docteur Howship. — Chez un enfant de quatre ans, dont la tête, vers l'âge de six mois, avait pris un développement anormal, et qui s'était fait remarquer jusqu'au moment de sa mort par la vivacité de son esprit, sans autre phénomène morbide qu'une irritation intestinale suivie de dévoïement, on trouva à l'autopsie que la tête avait vingt-huit pouces de circonférence. L'occlusion des fontanelles n'avait pas eu lieu, les os du crâne étaient mous, la dure-mère y adhérait fortement; elle était épaissie, décolorée, et revêtue à sa face interne d'une lymphe demi-coagulée, de concrétions albumineuses d'une couleur rouge-brique, nageant au milieu d'un liquide de couleur presque aussi foncée. Ces concrétions grumelées pesaient, réunies, au delà d'une livre; les deux ventricules latéraux ne formaient plus qu'une seule cavité. La quantité totale du liquide pouvait être évaluée à deux pintes (anglaises) environ. L'arachnoïde et la pie-mère étaient saines. Il existait dans l'arc du colon quelques ulcérations fort petites. M. Howship croit devoir rapporter les particularités ci-dessus à une action inflammatoire prolongée de la dure-mère, mais il ne développe pas son opinion, de sorte qu'on ne sait s'il attribue la sécrétion insolite directement à la dure-mère elle-même, ou bien à une excitation sympathique de l'arachnoïde.

VIII. *Hernie étranglée avec des adhérences du sac*, par M. le docteur Valentine. M. Valentine ayant eu à opérer chez un vieillard de soixante-douze ans une hernie scrotale étranglée, dont la réduction n'avait jamais pu être complète depuis plusieurs années, trouva l'anse d'intestin d'une couleur rouge-noirâtre, et l'épiploon adhérent par un grand nombre de points à la surface interne du sac. Il opéra la réduction du premier, mais, le second étant parfaitement sain, il ne voulut ni le couper, ni chercher à détruire ses adhérens, et à la repousser dans l'abdomen; il se borna à réunir les deux angles de la plaie et laissa l'omentum dans l'anneau inguinal, suivant en cela les conseils de Hey, de Brodie, et d'autres célèbres chirurgiens. Le malade se rétablit parfaitement et avec une grande rapidité.

IX. Le docteur Mayo réclame comme lui appartenant, et comme lui ayant été *effrontément volées*, les découvertes sur l'usage des nerfs, attribuées à Charles Bell. Il finit par conclure, que ces découvertes appartiennent réellement à M. Magendie, puisque c'est lui qui a prouvé ce que les deux physiologistes anglais avaient avancé.

LONDON MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

I. *Recherches sur la nature et le traitement des maladies cérébrales*; par le docteur Martin Paine. New-York. — Ce Mémoire renferme des observations intéressantes sur la circulation cérébrale, considérée comme l'agent immédiat des maladies du cerveau.

II. *Procédé pour rendre le sulfate de magnésie agréable*; par le docteur Henry. — Saturer une certaine quantité d'eau froide avec du sulfate de magnésie, filtrez; ajoutez, par chaque 7 onces de la dissolution, une once d'acide sulfurique étendu (limonade sulfurique). La dose du liquide, ainsi préparé, est d'une tasse à café environ dans un verre d'eau. Elle contient 2 gros de sulfate de magnésie et 30 à 40 gouttes d'acide sulfurique étendu. On peut la répéter toutes les deux ou trois heures. Voici une autre formule qui peut, au besoin, remplacer la précédente: \mathcal{R} sulfate de magnésie \mathfrak{v} j, eau pure \mathfrak{z} vjj, acide sulfurique étendu \mathfrak{v} j à \mathfrak{v} jj; à prendre, en trois doses, d'heure en heure.

III. *Moyens de prévenir l'hémorrhagie utérine après l'accouchement*; par M. le docteur Beatty. — Ces moyens sont tous ceux qui peuvent provoquer les contractions utérines; surtout le pincement, les frictions, une forte pression sur la région pubienne. L'auteur les préfère à tous les autres, tels que le froid, le seigle ergoté, etc. Il recommande de laisser à la matrice elle-même le soin de l'entière expulsion de l'enfant, qu'on se contente de soutenir d'une main, tandis que de l'autre on presse la matrice, en l'aidant à suivre le mouvement des pieds. Le docteur Manusetta ajoute à cette précaution celle de serrer, aussitôt après la sortie de l'enfant, le ventre de la mère avec une alèze placée à l'avance autour d'elle.

IV. *Abcès des mamelles*; par le docteur

Beatty. — M. Beatty regarde comme un excellent moyen à opposer aux abcès de la mamelle, le tartre-émétique, dont il ne porte pas néanmoins la dose jusqu'à produire le vomissement.

V. *Affections vermineuses*; par le docteur Alexander. — Le docteur Alexander, à Manchester, emploie avec succès, dans les affections vermineuses, de petites doses de scammonée, de jalap et de calomel, administrées de deux en deux jours, le soir, au moment de mettre l'enfant au lit. Le lendemain matin, il faut donner une petite quantité d'huile de ricin. Par cette méthode, il évite l'affaiblissement dans lequel les enfans se trouvent souvent jetés par l'usage de purgatifs administrés à haute dose.

VI. *Seigle ergoté*; par le docteur Negri. — Le docteur Negri cite un grand nombre de cas d'hémorrhagies, utérines ou autres, de leucorrhées et même de gonorrhées guéries par le seigle ergoté.

VII. *Emploi de l'iode contre la salivation mercurielle*; par le docteur Graves. — M. Graves obtient d'heureux résultats de l'iode dans les cas de salivation mercurielle. Entre autres observations, il rapporte celle d'un homme affecté d'une pleuro-pneumonie; chez qui la salivation était due à l'emploi du calomel. L'iode fut prescrit à la dose de 3 grains le premier jour, de 8 le second et le troisième, de 16 le quatrième et le cinquième; la salivation disparut sans que la maladie de poitrine eût éprouvé la moindre influence défavorable.

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Nouvelles recherches sur les névralgies de la face; par le docteur Bellingeri.

La névralgie est-elle plus commune de nos jours qu'autrefois? On serait tenté de le croire à en juger par le grand nombre d'observations et de remèdes qui abondent dans les nouveaux livres et les journaux. Mais, si l'on examine la chose de plus près, on s'aperçoit que plus d'une fois cette maladie était une fièvre intermittente, ou une fièvre larvée.

En effet, ces trois maladies marchent par accès, et si un accès, qui revient tous les jours à peu près à la même heure, sévit avec violence sur un organe, la douleur seule excite les plaintes du malade, et absorbe l'attention du médecin. C'est ainsi qu'une fièvre de ce type, dont le symptôme portait sur un œil pendant plusieurs heures et y causait les plus vives souffrances, faisait demander un remède local, et rejeter le quinquina. D'un autre côté, le spécifique de la fièvre intermittente n'a pas sur la fièvre larvée une prise aussi précise, désavantage qu'il faudrait peut-être attribuer à l'inexpérience du guérisseur ou à l'indocilité du malade.

Enfin, un dernier trait de ressemblance de la névralgie avec les fièvres intermittente et larvée, c'est que quelquefois elle disparaît d'elle-même, *par usure*, disent les médecins, sans qu'on puisse se flatter de l'avoir guérie par les moyens de la médecine. Le docteur Bellingeri en fait l'aveu. Il cite deux névralgies qui, après avoir résisté pendant dix ou douze ans à toutes sortes de traitemens, finirent par se calmer spontanément.

Durant quelques années que le docteur a pratiqué à Turin, il a traité, sur 3,600 malades,

quarante personnes affectées de névralgies de divers rameaux de la cinquième ou de la septième paire.

L'auteur regarde la proportion des névralgies comme plus forte dans son climat que dans le nôtre, et il donne même l'explication de ce fait. Les névralgies de la face éclatent d'ordinaire en automne, et surtout au printemps, d'une température bien plus irrégulière en Piémont que l'automne. N'est-il pas probable que cette maladie n'est plus fréquente à ces deux époques de l'année qu'à cause de la suppression de la transpiration cutanée qui est refoulée sur les nerfs de la face?

Parmi les causes de la maladie, nous noterons le progrès de l'âge, puisque, sur quarante névralgiques, il n'en compte que deux au-dessous de quarante ans, précisément deux frères, dont l'un âgé de 25 ans, et l'autre âgé de 30 ans, qui paraissaient avoir hérité cette névralgie de leur mère, sujette à une céphalée opiniâtre depuis nombre d'années.

Il est à remarquer que les célibataires y sont sujets, et les hommes plus que les femmes, si nous en jugeons par les chiffres du praticien.

Du reste, cette maladie nerveuse, comme toutes les autres affections de ce genre, produit des phénomènes singuliers, et que, dans notre ignorance, nous appelons *bizarres*, *disparates*, faute de pouvoir nous en rendre raison. Une névralgie sus-orbitaire de plusieurs années au côté gauche a fait croître les cheveux plus rapidement, les a rendus plus épais, plus hérissés à la partie antérieure de la tête qu'à l'opposite. Après la guérison, la symétrie s'est rétablie. Sur un autre sujet, le contraire arriva, et même les cheveux tombèrent du côté douloureux.

Pour le traitement, le grand point est ici comme ailleurs, d'être appelé de bonne heure. On ne peut guère procurer qu'une cure palliative; quand la maladie est invétérée, employât-on même la section du rameau nerveux.

Le médecin piémontais, admettant que la névralgie faciale est de nature *rhumatismale*, nous ne devons pas être étonnés de la difficulté qu'il a eue à vaincre cette maladie dans son pays, où l'humidité des habitations et les changemens brusques de température lui opposaient de si puissans obstacles. Il a été plus heureux lorsqu'il a eu affaire à des névralgies causées par la suppression des règles ou des hémorrhoides, ou par la phlogose dans le tronc du nerf. On conçoit qu'il a dû tirer un grand parti des émissions sanguines générales ou capillaires.

L'indication est aussi claire, sans toutefois être aussi facile à remplir, dans la névralgie *irritative* causée par des vers, la suppression d'un exanthème, et la syphilis.

Pour la névralgie *nerveuse*, à la suite d'une impression morale vive comme la terreur, ou lente telle que le chagrin, le docteur Bellingeri emploie les calmans largement et à haute dose, et avec le plus grand ménagement à l'intérieur. Il déclare même qu'il ne s'est pas bien trouvé d'avoir fait prendre de l'acétate de morphine. Il préfère l'employer à l'extérieur, dissous dans l'huile d'amandes douces, en frictions sur la partie malade, recouverte ou dénudée de l'épiderme. Encore nous avertit-il que deux grains d'acétate de morphine appliqués sur un vésicatoire à la région lombaire, ont occasionné des symptômes d'empoisonnement. Il use avec plus d'assurance de l'eau de laurier-cerise, de l'acide prussique, de la glace, de la belladone, de la stramoine, de l'aconit, de la ciguë, etc. Il recommande pardessus tout l'eau de laurier-cerise, soit distillée, soit cohobée, et l'extrait de jusquiame.

Tous ces moyens, ont-ils échoué, il reste encore une lueur d'espoir, c'est la résection du nerf, ou sa cautérisation.

Le docteur Bellingeri trouve cette dernière opération si douloureuse, d'après ce qu'il a vu, qu'il conseille d'y renoncer dans tous les cas.

Efficacité de l'extrait alcoolique de l'écorce de racine de grenadier contre le tœnia, par le Dr Mojoli.

Personne n'ignore aujourd'hui que le tœnia ne doit plus être nommé ver solitaire, puisqu'il se rencontre quelquefois au nombre de deux, même de trois sur le même individu, et la destruction n'en est pas plus difficile. Un avantage pour le médecin dans la thérapeutique du tœnia, c'est que la présence de ce ver est plus manifeste que celle des autres vers, qui ne se rendent pas par fragmens.

Nous possédons de bons remèdes contre le tœnia.

M. le docteur Mojoli vient de prouver l'efficacité de l'extrait alcoolique de grenadier par deux faits de sa pratique.

1^{er} *Fait.* — Il s'agit d'une dame qui avait pris inutilement, par son conseil, le remède

Houffer, pour se délivrer d'un tœnia dont elle avait rendu les fragmens. Le 6 mai 1833, un purgatif composé de jalap et de calomel. Le 8 et le 9, eau de Sedlitz. Le 10 au soir, panade au beurre frais. Voilà pour les préparatifs.

Le 11, à sept heures du soir, six gros d'extrait alcoolique dissous dans une infusion aromatique, donnés en trois doses à une demi-heure de distance.

À la seconde dose, selle aqueuse suivie d'une légère prostration des forces, avec de faibles crampes dans les jambes; le pouls descend de 70 pulsations à 60 immédiatement.

Après la troisième dose, envie pressante d'aller à la garde-robe; douleur pongitive au dessus du rectum, et bientôt exécution d'un gros peloton précédé et suivi de matières aqueuses. C'étaient trois tœnias tout à fait dans leur intégrité, et chacun de trois brasses de longueur. Ensuite sommeil paisible. Boissons mucilagineuses. La guérison se soutient depuis neuf mois.

2^e *Fait.* — Il est la répétition du premier, si ce n'est que la malade ne rendit qu'un tœnia, aussi roulé dans un paquet.

OSSERVATORE MEDICO.

Nouvelle méthode d'extraire les gros calculs de la vessie par le périnée; par le docteur Mariano Pantaleo, de Nicosie, en Sicile.

Cette méthode est loin d'être nouvelle et offre tout au plus un point de perfectionnement de la taille latéralisée pour l'extraction des calculs d'un volume plus qu'ordinaire, car l'auteur convient que les calculs très volumineux doivent être extraits par le haut appareil. Cependant la discussion dans laquelle il s'engage, sur les divers avantages et inconvéniens de pratiquer la taille latéralisée, prouve que ce lithotomiste a bien calculé le procédé auquel il s'est fixé et qu'il mérite d'avoir des imitateurs. Il s'élève contre les petites incisions, et fait voir le danger d'une grande plaie par déchirement, ce que personne n'oserait contester; il fait également sentir ce qu'il y a à craindre en agrandissant l'ouverture du côté du bas-fonds de la vessie, à l'exemple de Foubert et de Thomas, sans en excepter Béclard, et jusques là, le docteur Pantaleo, ne fait que répéter ce qu'on lit dans tous les ouvrages élémentaires. Le point de perfectionnement qui, s'il ne lui appartient pas en propre, fait du moins honneur à son talent, c'est d'appuyer sur l'utilité d'inciser la prostate plus haut que moins pour procurer une issue facile au calcul, et pour l'exécution, il propose un instrument qui n'est guère que le lithotome caché du frère Cosme.

La taille bi-latérale du professeur Dupuytren est appréciée avec beaucoup de justesse, et présentée comme une grande ressource dans certains cas; toutefois le docteur italien se déclare partisan de Scarpa et propose de faire la grande incision que nécessite le gros volume de la pierre, en portant le bistouri plus ou moins haut d'abord sur la prostate. Par ce moyen on sera plus sûr de réunir la plaie par première intention, et on risquera moins de blesser le rectum.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDIZINISCHE ZEITUNG, etc. *Gazette médicale, publiée par l'association pour les progrès de l'art de guérir en Prusse.*

Ce journal, fort estimé en Allemagne, et rédigé par une société dont les médecins les plus recommandables de la Prusse font partie, paraît une fois par semaine. Nous rendrons compte aujourd'hui des quatre numéros de mai (1834), dans lesquels figureront, comme nos lecteurs pourront en juger, des noms honorables et des faits intéressants.

I. *Remarques sur le faux érysipèle*, par le Dr Bonorden. — Rust avait déjà observé le faux érysipèle. M. Bonorden s'applique à le distinguer de l'érysipèle exanthématique et du traumatique, et à établir qu'il consiste en une inflammation des *fascia*. On ne l'observe jamais à l'avant-bras ni au tronc; mais seulement au bras, à la cuisse et à la jambe. Chez les soldats, le froid et le frottement du collet de l'uniforme détermine souvent une inflammation du muscle peaucier, qui a beaucoup d'analogie avec le faux érysipèle, et qui se fait reconnaître par la rougeur de la peau, sa rudesse au toucher, sa tension et son adhérence aux parties subjacentes. Le faux érysipèle s'accompagne de suppuration; le pus n'envahit pas seulement le tissu cellulaire sous-cutané, mais il pénètre entre les muscles et les dénude, en suivant les feuilletts aponévrotiques; il ne se réunit pas en un seul foyer comme dans les cas de phlegmasie du tissu cellulaire, et ne donne pas lieu aux mêmes symptômes locaux. Il se forme, entre le chorion et l'aponévrose, des espèces de cordes noueuses qui présentent çà et là des saillies arrondies et fluctuantes, et qui contiennent un pus de mauvaise couleur, mêlé à des lambeaux de tissu cellulaire gangréné. Toutefois l'aponévrose elle-même n'est pas en suppuration. Chez les individus faibles et cachectiques, il se fait des infiltrations purulentes dans les interstices musculaires; le pus est alors noirâtre, couleur de chocolat; la peau est décollée dans une plus ou moins grande étendue. La saignée, les infusions sudorifiques, avec addition de 15 à 20 gouttes de laudanum, les vésicatoires, sur le point le plus douloureux du membre, les fomentations tièdes avec l'infusion de sureau, l'acétate de plomb, et la teinture d'opium; plus tard, quand on a ouvert une issue au pus, les bains alcalins, les diaphorétiques, et notamment le tartre antimonié de potasse et l'extrait d'aconit sont employés avec succès contre cette maladie, que M. Bonorden propose de nommer *syndesmitis de Rust*.

II. *Sur l'épidémie d'ophtalmie catarrhale à Berlin*, par le Dr Wolff. — Cette épidémie, dit l'auteur, a présenté beaucoup d'analogie avec l'ophtalmie d'Égypte; la description succincte qu'il en donne se rapporte parfaitement à ce que l'on connaît déjà de l'inflammation catarrhale de la conjonctive. On a remarqué, dans une caserne, que deux compagnies qui habitaient la partie des bâtimens exposée au nord-est et au nord-ouest, ont été plus maltraitées que deux autres compagnies du même régiment qui habitaient la partie tournée au sud-est et au

sud-ouest. La maladie a été fort légère, et le traitement presque insignifiant.

III. *Altération de la composition chimique de l'urine à la suite de lésion de la moelle épinière*, par M. Hunkel. Brodie avait déjà remarqué l'état alcalin des urines dans les lésions, traumatiques ou autres, de la colonne vertébrale (Lectures on the diseases of urinary organs, Londres, 1832, pag. 161). M. Hunkel a vérifié l'observation de l'auteur anglais. Chez un homme qui avait éprouvé une forte commotion de la moelle épinière par une chute d'un lieu élevé, l'urine était trouble, brune, et laissait déposer un sédiment puriforme, d'un blanc jaunâtre, qui se comportait avec les réactifs comme l'albumine; l'urine était ammoniacale. Réduite à consistance sirupeuse par l'évaporation par l'acide nitrique, etc., elle ne formait ni urée, ni acide urique. A mesure que le malade avançait vers la guérison, la quantité du sédiment diminuait, l'urée et l'acide urique augmentaient en proportion inverse.

IV. *Sur l'action de l'iode*, par le Dr Berkun. — Ce médecin cite un cas où l'emploi de la teinture d'iode a échoué contre des engorgemens glandulaires, et deux autres où il a produit des accidens, parmi lesquels on remarqué une excessive sensibilité de la rétine, chez une hystérique affectée d'un goître. Le goître et la dyspepsie disparurent, la phlegmasie se dissipa d'elle-même.

V. — M. Haubner, médecin vétérinaire, a remarqué, chez les animaux morts d'une épidémie typhiforme, des ulcérations de l'intestin et de la vésicule biliaire, semblables à celles qu'on trouve chez les hommes qui ont succombé au typhus.

VI. *Parallèle des bains de mer dans les mers du Nord et dans celles de l'Est*, par le docteur Sachse. — Mémoire un peu long et d'un intérêt éloigné pour nous.

VII. *Sur les spécifiques*, par le Dr Steinheim. — Rien.

VIII. *De l'hydrocèle*, par le Dr Heyfelder. — L'hydrocèle est si commun dans la principauté de Holsenzollern, que, sur quatre-vingts jeunes gens qui passaient au conseil de guerre, neuf étaient atteints de cette maladie. M. Heyfelder ne sait s'il doit chercher dans l'onanisme la cause de cette particularité. Du reste, il a observé l'endurcissement cartilagineux de la tunique vaginale déjà indiquée par M. Dupuytren.

IX. *Larves de mouches sorties vivantes de la vessie*; par le docteur Wolff. — Au mois de décembre, un individu, complètement paralysé par une affection de la moelle épinière, rendit en urinant une grande quantité de larves d'insectes; l'auteur assure qu'il ne pouvait y avoir eu la moindre supercherie. A l'autopsie, qui eut lieu 48 heures plus tard, on trouva la vessie saine; il n'existait aucun abcès, aucun trajet fistuleux. On ne se fait aucune idée de la manière dont ces larves pouvaient être venues là, dans cette saison. Schrader et Bremser ont décrit fort au long des cas analogues.

X. *Déchirure complète du canal de l'urée*.

tre ; par le docteur Ebermaier. — Un vigoureux matelot tombe du haut d'un mât, à cheval sur une planche placée de champ ; le périnée et l'urètre sont déchirés ; la sonde, introduite par la plaie, arrive avec peine dans la vessie, d'où l'on extrait d'abord du sang, puis de l'urine. Mais bientôt le gonflement diminue, les parties mortifiées se séparent ; l'on introduit par le bout de la verge une sonde sur laquelle les extrémités divisées du canal ne tardent pas à se cicatriser, et le malade guérit parfaitement.

XI. *Statistique des hôpitaux d'aliénés en Silésie* ; par le docteur Domerow.

XII. *De la pleurésie chronique* ; par le docteur Becker. L'auteur présente d'une manière neuve des faits déjà connus, et dont nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire la longue, mais intéressante discussion.

XIII. *Exemple de naissance tardive* ; par le docteur Heyfelder. — Il s'agit d'une femme qui aurait accouché au 310^e jour ; comme ce fait est d'un haut intérêt sous le rapport médico-légal, et qu'il nous paraît susceptible d'une discussion sérieuse, nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

XIV. *Blessure de la face avec fracture des os du nez*. — Cette observation n'offre rien de curieux que la promptitude de la guérison.

—
Journal de Hecker.

(Mai 1834.)

I. *De la manie sans délire* ; par le docteur Friedrich, médecin légiste à Vissembourg. — L'auteur fait preuve d'érudition dans son *Esquisse littéraire et critique* de la manie sans délire ; puis il se jette dans la question, moins métaphysique qu'on ne pense, de la liberté morale, où nous ne pourrions guère le suivre sans nous exposer à prolonger une discussion déjà fort longue par elle-même.

II. *De l'origine et du mode de développement de la dysenterie* ; par le professeur Naumann. — Excellente monographie où sont passées en revue les opinions de tous les auteurs, depuis Hippocrate jusqu'à Broussais, mais où l'on rencontre à peine un fait observé par l'auteur. C'est une bonne leçon d'introduction.

Les autres articles du numéro de mai sont analyses d'ouvrages où il ne resterait rien si nous les analysions encore.

—
Journal de Hufeland. Avril 1834.

I. *Observation de plique polonaise* ; par le docteur Kützin. — L'auteur regarde la plique comme une *maladie de race*, appartenant spécialement à la sous-division *sarmatique* de la grande famille *slave* ; néanmoins il la croit contagieuse, et susceptible d'être transmise à toutes les variétés de l'espèce humaine. Ses observations sont curieuses et intéressantes ; mais la plique est si loin de nous.

II. *Rapprochemens entre la médecine moderne et la médecine ancienne* ; par le docteur A. Pitschaft. — Le savant et malicieux auteur continue l'énumération des agens thérapeutiques connus des anciens, que les modernes croient avoir inventés. Ce travail se résume en ce peu de mots, qui n'est pas neuf non plus : *Nihil sub sole novum*.

III. *De l'identité de la gonorrhée et de la syphilis* ; par Hufeland. Il y a cinquante ans

Tode et Grüner se disputaient d'une manière indécente sur cette question. Hufeland établit l'identité des deux maladies par l'identité de leur cause, de leurs effets, des agens thérapeutiques auxquels elles cèdent.

IV. *Remarques sur la fièvre typhoïde avec inflammation du nez, qui a régné épidémiquement parmi les troupes en Gallicie, dans l'hiver de 1832* ; par le docteur Mauthner. —

En 1832, les troupes qui formaient le cordon sanitaire en Gallicie furent en proie à de nombreuses fièvres intermittentes, et nerveuses gastriques. Déjà, en 1830, le docteur Isfordink, médecin en chef de l'armée autrichienne, avait observé que le nombre des fièvres intermittentes s'était élevé de 6,000 à 50,000. Des observations semblables avaient été faites à Vienne sur la garnison. M. Mauthner pense que l'on doit attribuer ces diverses épidémies aux modifications atmosphériques qui ont amené le choléra ; à cette cause se sont joints, en Gallicie, la fatigue, les veilles, le séjour habituel en rase campagne ; le débordement de plusieurs fleuves et les inondations qui en ont été le résultat : quoi qu'il en soit, la maladie s'est présentée sous deux formes : la première de typhus régulier, la seconde de typhus anormal, avec le caractère gastrique, bilieux, accompagné d'une disposition remarquable à la destruction du nez, et quelquefois même des orteils, par la gangrène, et de vives douleurs dans la région du système nerveux ganglionnaire ; l'auteur décrit avec soin cette forme qu'il regarde comme très voisine du choléra.

V. *Observations cliniques* ; par le docteur Siebenhaar, à Dresde. — 1^o Guérison d'une paralysie complète, déjà ancienne. Diagnostic fort obscur, traitement si long et si compliqué qu'il est difficile d'en rien conclure ; 2^o de l'emploi des purgatifs dans la petite vérole. L'auteur conclut de ses observations qu'il faut préférer les émétiques aux purgatifs, parce qu'ils tendent davantage à activer la vitalité de la peau. 3^o Emploi avantageux du charbon animal dans un cas d'endurcissement du pancréas. Des vomissemens, la perte de l'appétit, la blancheur de la langue, la maigreur, la fréquence et la petitesse du pouls, le sédiment blanc jaunâtre des urines, la douleur à l'épigastre, et la fadeur douceâtre de la salive, ont suffi à l'auteur pour lui faire reconnaître un endurcissement inflammatoire de la glande salivaire abdominale. Le régime antiphlogistique, les sangsues, les purgatifs, etc., etc., et le charbon animal, administré à la dose de deux grains d'abord, et ensuite de trois, matin et soir, ont partagé les honneurs de la cure.

VI. *Nouvelles et extraits*. Hufeland s'élève avec force contre l'existence des hospices d'enfants trouvés, qu'il regarde comme une cause de l'immoralité toujours croissante, et du nombre déjà effrayant des naissances illégitimes. Nous pensons qu'il faudrait chercher la cause de ce fait plus haut, et dans le cœur même de notre civilisation actuelle. Il parle ensuite d'une jeune fille dont il a déjà parlé, il y a deux ans, et qui alors était parfaitement réglée, qui a la taille et la force d'un enfant de 12 à 13 ans. Son intelligence est lente et arriérée.

VII. *Nouvelles expériences sur la créosote*, par le Dr Günther, à Cologne. — M. Günther a employé l'huile de créosote chez un phthisique âgé

de 46 ans, dont le poumon était en pleine sup-
puration. et qui semblait devoir se soutenir en-
core quelques jours. Le médicament fut admi-
nistré avec la gomme arabique, sous forme de
pilules, d'abord à la dose de deux gouttes, puis
de quatre; l'état de la respiration s'améliora
beaucoup, la fièvre hectique cessa, le malade
put se coucher sur l'un et l'autre côté. L'issue
de la maladie n'est pas indiquée.

Chez un autre phthisique on dut renoncer

promptement à l'emploi de la créosote, qui
paraissait aggraver la difficulté de la respira-
tion.

Le même praticien a employé la créosote dans
un cas de douleur dentaire rhumatique, sans
carie; le soulagement n'a pas été plus durable
que celui que procurent l'huile de cajepout, et
les autres topiques dont on fait ordinairement
usage.

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

*Sujet de prix proposé par la Société de Mé-
decine de Caen.* — Le concours ouvert par la
Société de Médecine de Caen sur l'usage des mé-
dicamens purgatifs, n'a pas répondu à l'attente
de la Société, et aucun des mémoires qui lui sont
parvenus, ne lui a paru résoudre assez complé-
tement les divers problèmes qui se rattachent à
ce sujet, pour qu'elle ait cru devoir décerner le
prix.

Mais l'importance et l'opportunité de la ques-
tion, le nombre et la diversité des recherches
que sa solution exige, de même que la multipli-
cité et la répétition des observations cliniques,
doivent faire penser qu'en accordant un temps
plus long pour accomplir tous ces travaux, il se-
rait permis d'espérer un résultat plus complet.

C'est pourquoi elle reproduit de nouveau le
programme qu'elle avait publié pour 1834, en
prorogeant jusqu'au mois d'avril 1835 l'époque
à laquelle les mémoires seront reçus.

En conséquence la Société de Médecine de
Caen propose pour sujet du prix qu'elle décer-
nera en 1835 de « déterminer d'après des faits
» et appuyer sur des observations cliniques, les
« résultats locaux, sympathiques et généraux
« de l'action des purgatifs; préciser les états pa-
« thologiques locaux et généraux dans lesquels
« leur usage est indiqué; ainsi que les avantages
« et les inconvénients qui résultent de leur abus,
« dans leurs différens degrés d'activité. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de
200 fr.

Les mémoires, écrits lisiblement, seront
adressés francs de port, et avec les formes ha-
bituelles des concours, avant le premier avril
1835, à M. Lafosse, secrétaire de la Société.

Les membres résidans sont seuls exclus du
concours.

— La Société des sciences naturelles et médi-
cales de Bruxelles, dans sa séance du 2 juin
1834, a mis au concours la question suivante :

« L'inflammation est-elle toujours identique
dans sa nature? Dans la négative, établir les
caractères généraux des différentes modifica-
tions auxquelles elle est soumise dans les ma-
ladies, et les changemens les plus notables que
chacune de ses formes doit faire subir au traite-
ment. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur
de 300 francs.

La société décernera en outre deux médailles
d'honneur d'une valeur relative au mérite des
mémoires, aux réponses qui présenteront la
meilleure solution des questions suivantes :

1^{re} QUESTION : Indiquer l'exposition, l'em-
placement, la distribution, la direction maté-
rielle, hygiénique et médicale les plus convena-

bles pour l'établissement d'un hospice d'a-
liénés. »

2^e QUESTION : Quelles sont les mesures de
police médicale les plus propres à arrêter la
propagation de la maladie syphilitique?

Les mémoires écrits lisiblement en latin, en hol-
landais ou en français, devront être adressés *franc
de port* et dans les formes académiques (c'est-
à-dire portant une devise ou épigraphe répétée
sur un billet cacheté contenant les noms, les
titres et la demeure de l'auteur) au secrétaire-
adjoint avant le 1^{er} juin 1835.

Tout mémoire soumis au jugement de la so-
cété devient sa propriété; mais l'auteur a la fa-
culté d'en faire prendre des copies à ses frais.

Les membres résidans sont seuls exclus du
concours.

Création d'une chaire à la Faculté de Mont- pellier.

Une chaire de chimie générale et de toxico-
logie vient d'être créée à la faculté de médecine
de Montpellier. M. Bérard, chimiste distingué,
connu par des travaux importans sur plusieurs
points de physique et de chimie, a été nommé
pour remplir cette nouvelle chaire.

En conséquence de cette création, la toxico-
logie a été distraite de la chaire de médecine
légale actuellement vacante à la faculté de
Montpellier, par le décès de M. Anglada, et
qui doit être mise au concours le 1^{er} décembre
prochain.

*Concours pour la place de chef des travaux
anatomiques à Montpellier.*

Ce concours sera ouvert devant la faculté de
médecine de Montpellier le 30 août 1834. L'on
peut s'inscrire jusqu'au 10 août inclusivement.
Pour être admis, il n'est pas nécessaire d'être
docteur.

Les attributions du chef des travaux anatomi-
ques consistent à faire des démonstrations
d'anatomie, des répétitions du Manuel des opé-
rations chirurgicales, à surveiller les dissections
des élèves de l'école pratique, et à préparer
des pièces anatomiques pour le conservatoire
de la faculté.

La durée des fonctions est de six ans; le
traitement qui leur est attaché est de 2,500 fr.
par an.

— Les cliniques de l'hôpital de l'école ouvri-
ront le premier novembre prochain.

A dater de ce jour, le cinquième examen sera
sabi dans un des amphithéâtres de cet hôpi-
tal, après la visite d'un certain nombre de ma-
lades.

Vermifuges employés à l'île Maurice. —

On croit généralement à l'île Maurice que les
individus dont les alimens ne contiennent pas,
ou que très peu de sel, sont plus sujets aux af-

fections vermineuses que les autres. Ainsi les nègres à qui on ne donne presque pas de sel, à cause de sa cherté, ont le privilège à peu près exclusif de cette maladie : et généralement ils en ont été exempts quand on leur a donné des rations de sel.

Une substance végétale considérée aussi à l'île Maurice comme un vermifuge puissant est le suc, extrait par incision, d'un arbre vert nommé *carico popaya*. On appelle ce suc *lait de popaya*, et on l'administre dissous dans l'eau chaude à la dose d'une cuillerée à café à une cuillerée à bouche. (Rev. britann.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

27 mai 1834. — M. Husson lit pour M. Renaudin un rapport sur un travail intitulé : *Abrégé de l'histoire de la médecine considérée comme science et comme art*, par M. Gasquier.

Sur la proposition du rapporteur, M. Gasquier est inscrit sur la liste des candidats aux places de correspondans.

Sur la proposition de M. Desgenettes, rapporteur, le buste en marbre de Percy, offert par madame Percy, est accepté par l'Académie et sera placé dans la salle de ses séances.

M. Ferrus lit un très long rapport sur les maladies générales qui règnent dans les maisons centrales de détention, sur leurs causes et sur les moyens d'y remédier. Ce travail est basé sur plusieurs rapports provenant des médecins et des chirurgiens de ces maisons, adressés à l'Académie par M. le ministre du commerce et des travaux publics. Mais il manque des rapports sur onze de ces maisons, et précisément sur les maisons les plus importantes ; encore, la plupart de ceux qui ont été soumis à la commission sont incomplets. La commission s'est donc trouvée fort embarrassée pour répondre aux questions des ministres.

En terminant son rapport, M. Ferrus exprime le regret que l'autorité limite l'Académie aux questions purement médicales. Le médecin traite aussi les maladies mentales, qui sont l'absence plus ou moins complète de la raison et de la liberté morale. La commission demande donc à l'Académie si on veut l'autoriser à faire sentir au ministre que nulle étude morale sur les détenus et les moyens de les corriger ne saurait être faites sans le concours des médecins.

3 juin 1834. — M. Ferrus est nommé membre titulaire de l'Académie. — M. Olivier d'Angers fait un rapport sur une observation de monstruosité par inclusion, par M. André, docteur médecin à Péronne. Il s'agit d'un kyste dentifère trouvé dans le testicule d'un enfant de sept ans. Comme le fait est unique dans la science, M. le rapporteur conclut à ce que l'observation soit insérée dans les fascicules de l'Académie et que des remerciemens soient adressés à l'auteur. Ces conclusions sont adoptées.

M. Bousquet lit un rapport sur un Mémoire de M. Ribes, professeur à Montpellier, intitulé : *Considérations sur la physiologie de l'être humain* ; et demande que le nom de M. Ribes soit inscrit sur la liste des candidats aux places de correspondans. Le rapport et les conclusions sont adoptés.

10 juin. — La parole est à M. Husson, au nom de la commission chargée de présenter une liste de membres correspondans.

Depuis 1827, dit le rapporteur, cinquante-six membres correspondans sont morts dans trente-six départemens ou à la Guadeloupe. La commission, dans son travail, s'est laissé guider, non-seulement par les travaux adressés à l'Académie, mais par ceux des médecins distingués qu'elle a cru devoir lui appartenir.

Voici la liste, par ordre alphabétique, de trente-six, dont elle propose l'acceptation :

- MM. Balard, pharmacien, à Montpellier.
 Bédor, à Troyes (Aube).
 Boissat, à Périgueux (Dordogne).
 Boucher, à Versailles (Seine-et-Oise).
 Brulatour, à Bordeaux (Gironde).
 Cafford, à Narbonne (Aude).
 Claret, à Vannes (Morbihan).
 Desaix, à Reims (Marne).
 Delan, professeur de botanique, à Rennes (Ile-et-Vilaine).
 Dublanc, pharmacien, à Troyes (Aube).
 Fabre, à Puch (Lot-et-Garonne).
 Fourcauld, à Houdan (Seine-et-Oise).
 Garnot, à Brest (Finistère).
 Gasquet, à Calais (Pas-de-Calais).
 Girard, officier de santé, à Chambon (Loire).
 Goupil, à Nemours (Seine-et-Marne).
 Godard, à Pontoise (Seine-et-Oise).
 Goyrand, Aix (Bouches-du-Rhône).
 Grandclaude.
 Hurtrel d'Arboval, vétérinaire.
 Kuhn, à Niederbrun.
 Labesque, à Agen (Lot-et-Garonne).
 Legallo, à Esparion.
 Menon, pharmacien à Tonneins (Lot-et-Garonne).
 Pallas, à Saint-Omer (Pas-de-Calais).
 Pinjon, à Dijon (Côte-d'Or).
 Poucet, à Feurs (Loire).
 Robert, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
 Ribes, professeur à Montpellier (Hérault).
 Lauth, chef des travaux anatomiques à Strasbourg (Haut-Rhin).
 Constant Saucerotte, à Nancy (Meurthe).
 Segond, à Cayenne (Guyane française).
 Serre, professeur à Montpellier (Hérault).
 Thévenot, à Rochefort (Charente-Inférieure).
 Toulmouche, à Rennes (Ile-et-Vilaine).
 Villette, à Compiègne (Oise).

A côté de chaque nom le rapporteur indique les titres qui ont valu aux candidats l'approbation de la commission.

Toutes les lacunes ne seront pas ainsi comblées, mais l'Académie préfère compléter peu à peu le nombre de ses correspondans, afin d'entretenir l'émulation des candidats.

23 juin. — M. Capuron, en son nom et au nom de MM. Roux et Moreau, fait un rapport sur un Mémoire de M. Roux, chirurgien à Brignolles.

Le 15 mai 1833, M. Roux fut appelé par un confrère près d'un enfant né récemment, et dont la position était des plus graves. Il n'y avait au périnée aucune trace d'anus sensible au doigt ou à l'œil ; le rectum aboutissait à l'urètre ; celui-ci, oblitéré à son extrémité par une membrane, était percé au dessous de la verge

par une sorte d'hypospadias. La verge était en érection. Aux premiers cris de douleur avaient succédé des hoquets et des vomissemens. Le premier médecin appelé avait bien incisé la membrane qui bouchait l'urètre, mais il n'avait pas osé aller à la recherche de l'anüs.

Malgré la difficulté de cette opération dans de telles circonstances, M. Roux plaça l'enfant sur les genoux d'un aide, incisa la peau d'avant en arrière dans l'endroit que l'anüs devait occuper et dans l'étendue de 8 lignes, et découvrit les fibres des sphincters qu'il écarta par la dissection. Arrivé au releveur de l'anüs, il en sépara également les fibres en se dirigeant toujours du côté du coccyx, de peur d'atteindre la vessie, et au dessus de cette dernière couche de muscles, rencontra une masse de tissu cellulaire dans laquelle le doigt reconnut une saillie molle et fluctuante. A cet indice du rectum, une ponction faite avec le bistouri donna lieu, en effet, à l'écoulement d'une grande quantité de méconium. Cette ponction fut agrandie de manière à permettre l'introduction de la première phalange du doigt indicateur; celle-ci fut remplacée par une grosse mèche enduite de cérat, qu'on laissa à demeure. Les jours suivans, les matières fécales sortirent par la plaie, quelques unes aussi s'échappaient par l'urètre. L'incision fut donc agrandie encore du côté du coccyx, pour favoriser la sortie des fèces, et grâce à cette précaution l'anüs artificiel remplit bientôt exclusivement toutes les fonctions de l'anüs naturel. L'enfant vit encore aujourd'hui, et jouit d'une très bonne santé.

M. le rapporteur donne de grands éloges à M. Roux de Brignolles, et propose de lui adresser des remerciemens, de déposer son Mémoire aux archives, et d'insérer son nom en rang honorable sur la liste des candidats correspondans.

Il s'élève dans l'académie une discussion sur les avantages qu'offre le procédé d'incisions lentes, ménagées, intelligentes de M. Roux, sur le procédé de Littre qui consiste à faire un anus artificiel dans la fosse iliaque, le seul qu'on eût jusqu'ici pour les cas où il n'y a aucune trace extérieur du rectum. M. Capuron défend très bien M. Roux et contre ceux qui croient qu'on peut, avec un trocard plongé à travers une assez grande épaisseur de tissus, trouver l'intestin, et contre ceux qui disent que chez les nouveau-nés il faut agir très vite de peur que la douleur ne les tue.

Les conclusions proposées par M. Capuron sont adoptées.

M. Breschet demande, en outre, le renvoi du Mémoire et du rapport au comité de publication.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mai 1834. — *Éther hydrocyanique.* — M. Pelouse adresse quelques détails sur cet éther, qu'il a récemment découvert en examinant l'action de la chaleur sur un mélange de sulfovinat de baryte et de cyanure de potassium. Cet éther est liquide, incolore, doué d'une odeur alliée très pénétrante, d'une action très énergique sur l'économie animale, inflammable, bouillant à 82° sous la pression atmosphérique, d'une densité égale à 0,787 à la température de 15°, très peu soluble dans l'eau,

soluble en toute proportion dans l'alcool et l'éther sulfurique.

Il ne précipite pas le nitrate d'argent et ressemble sous ce rapport à l'éther hydrochlorique, qui ne décompose ce sel qu'après avoir été préalablement détruit par l'action de la chaleur.

M. Pelouse considère l'éther hydrocyanique comme formé de volumes égaux de gaz oléfiant et de vapeur prussique condensés de moitié.

« L'idée de rechercher l'éther hydrocyanique, dit M. Pelouse, m'a été suggérée par la lecture d'une lettre que m'écrivit, il y a quelques semaines, M. le docteur Liebig, lettre dans laquelle il m'annonça que M. Zeize venait de trouver un corps particulier jouissant de propriétés acides, formé par l'action du sulfure de barium sur le sulfovinat de baryte, et composé de telle sorte qu'on peut le considérer comme de l'alcool, dans lequel le soufre remplace l'oxygène. Toutefois M. Zeize, qui ne parut pas considérer cette sorte de réaction comme propre à former des éthers, n'étendit pas plus loin ses recherches. »

— *Usage du charbon pour conserver en vie, à bord des vaisseaux, certains animaux aquatiques.* — M. Moreau de Jonnés demande la parole par suite de la correspondance.

Deux personnes, dit-il, ont réclamé récemment la découverte d'un procédé pour conserver les poissons et les sangsues pendant un long transport, en mettant du charbon pulvérisé dans l'eau qui les contient. Je demanderai à cette occasion la permission de rappeler les faits suivans:

Étant, en 1817, employé comme officier d'état-major près du ministre de la marine, et étant chargé de présenter diverses améliorations coloniales, je proposai d'introduire dans nos établissemens d'Amérique le gorami, poisson comestible qui forme à l'île de Bourbon une partie de la nourriture des nègres. Ce poisson avait été introduit à Bourbon par Poivre, qui l'apporta de Java, où il avait été amené antérieurement par les Chinois, qui l'avaient pris au Japon.

Le trajet que devait faire le poisson était cette fois très considérable; il y avait plus de précautions à prendre pour le conserver vivant pendant toute la traversée. Je prescrivis en conséquence la carbonisation de l'intérieur des tonneaux dans lesquels ces animaux devaient être transportés, et j'avertis que, pour empêcher la putréfaction de l'eau, on devrait au besoin y mêler du charbon pulvérisé. Ces instructions qui furent ponctuellement suivies, eurent tout le succès qu'on s'en était promis, et l'on parvint ainsi à transporter de l'île Bourbon des goramis vivans à la Guyane et à la Martinique.

Je n'ai d'ailleurs, poursuit M. Moreau de Jonnés, aucune prétention à l'invention de ce procédé dont je puisai la première idée à un cours. Mais si la réclamation à laquelle j'ai fait allusion en commençant, ne peut être admise en ce qui a rapport à la conservation des poissons, il n'en est pas de même pour ce qui tient à l'application du procédé au transport des sangsues, attendu que l'importation de ces animaux forme une branche de commerce qui devient de plus en plus considérable. En 1817 il s'en importait seulement pour une somme de 177 fr.; en 1832 la valeur des sangsues importées était de 1,721,610 fr.

2 juin 1834. — M. Becquerel lit une Notice sur des changemens chimiques produits dans les corps par la désagrégation mécanique, et sur leurs applications aux phénomènes chimiques

du frottement. *Emploi des lotions de chlore dans la variole.*

L'Académie avait également reçu, dans sa dernière séance, un Mémoire sur le traitement des varioles et des varioloïdes avec des lotions de chlore, par Eisenmann de Wurtzbourg. M. Eisenmann rapporte dans son Mémoire plusieurs observations de guérison de la variole à l'aide du chlore : les plus importantes sont celles d'une des prisons de Wurtzbourg, où il se manifesta une épidémie varioleuse. Les malades soumis aux soins de M. Eisenmann, et traités par sa méthode, ont guéri. Il fait pratiquer des lotions sur tout le corps du malade, avec un mélange d'acide hydrochlorique et d'eau, prendre en boisson une décoction de salep coupée avec de l'acide hydrochlorique ; enfin, il recommande l'usage d'un gargarisme acidulé de la même manière.

MM. Magendie, Double et Robiquet sont nommés commissaires pour examiner le Mémoire de M. Eisenmann.

L'Académie avait reçu, dans la dernière séance, le premier volume des *Transactions de la classe physico-mathématique de l'Académie bavaroise des sciences*, qui ne contient qu'un Mémoire de médecine intitulé : *Recherches d'anatomie pathologique*; par M. Schneider. La première préparation anatomique, décrite par M. Schneider, est celle d'une vessie hypertrophiée et élargie, et qui présentait le volume d'un utérus arrivé au dernier terme de la gestation. Cet élargissement s'était produit sans qu'il y eût aucun obstacle dans le trajet des voies urinaires. La seconde est celle d'un foie sans vésicule, avec un canal cholédoque très élargi. A la

place du canal cystique ; on ne remarque qu'un petit sac gros comme un pois. La troisième offre un cas d'anévrisme vrai de l'aorte abdominale ; le vaisseau est presque uniformément dilaté depuis l'artère cœliaque jusqu'à l'origine des iliaques, excepté dans deux endroits où il offre deux sacs anévrismaux ; les trois membranes de l'aorte y sont uniformément dilatées, et on n'y remarque aucune trace de déchirure ; le plus grand sac est rempli d'un dépôt qui n'obstrue cependant pas la lumière du vaisseau ; mais la non plus la tunique interne n'est pas lésée. Enfin, dans la quatrième préparation, deux reins très grands confondus dans leur extrémité inférieure par une portion moyenne.

Charpie vierge. — M. Magendie fait en son nom et en celui de M. Serre, un rapport sur la charpie de M. Gannal. Le produit que M. Gannal désigne sous le nom de *charpie vierge*, n'est que du chanvre roui et blanchi au chlore. Les avantages de cette charpie sont de pouvoir être obtenue en assez grande quantité, et à assez bon marché pour qu'on l'ait toujours neuve : ce qui supprime les inconvénients de la charpie faite avec le vieux linge d'hôpital lavé. Ses inconvénients sont d'être peu fine, peu molle, conséquemment de s'imprégner mal du pus des plaies, et d'en déchirer quelquefois les bords. C'est donc à vaincre ces dernières difficultés que doit travailler M. Gannal, qui certainement a eu une idée heureuse.

M. Pelouse lit un Mémoire sur les produits de la distillation des acides tartrique et paratartrique, suivi de considérations sur les corps pyrogénés.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PL. XII. — FOETUS DE SIX MOIS DANS LA CAVITÉ UTÉRINE (1).

Indication des parties. A A G B, la hanche droite et la hanche gauche ; C, la deuxième vertèbre lombaire (en comptant de haut en bas) ; E, le pubis ; FF, les grandes lèvres ; G, la vulve ; H H, le devant des cuisses.

aaa, aaa, membrane péritonéale tapissant la face postérieure des parois antérieures de l'abdomen ; *bb, bb*, face postérieure des muscles droits de l'abdomen ; *b'b', b'b'*, les artères épigastriques.

ccc, contour extérieur de l'utérus *gravide* ; *eee, eee*, coupe de la paroi antérieure de l'utérus ; *ff*, portion de cette paroi rabattue ; *gg*, les deux ligamens ronds ; *hh*, les deux trompes de Fallope ; I, gonflement veineux ou varice du ligament large ; K K, les ovaires ; *mmm*, épanouissement des trompes de Fallope ; *oooo*, membranes du fœtus ; *ppp*, autre membrane ; *qq*, autre membrane fœtale.

s, la tête du fœtus ; *t*, son épaule droite (les deux croisées que l'on aperçoit sur cette épaule, sont un reflet lumineux que le dessinateur n'a pas cru devoir oublier) ; *u*, la main droite du fœtus paraissant embrasser *v*, le cordon ombilical ; *xxγ*, enduit blanchâtre et caséux qui recouvre les épaules et le côté du cou. Une touffe de longs poils traverse cet enduit.

Les questions d'anatomie, d'embryologie, d'obstétrique, etc., que l'on pourrait soulever

(1) Cette planche est le fœtus dans le sein de sa mère, que nous avons annoncé dans notre 7^e livraison (février), et qui a servi aux leçons publiques de M. le professeur Paul Dubois.

au sujet de cette douzième planche sont si importantes, si nombreuses et si complexes, que nous ne pourrions pas même les énumérer toutes aujourd'hui, ni les poser nettement. Nous devons nous en consoler, puisque nous aurons l'occasion de les retrouver toutes sur notre chemin, et puisqu'il n'est pas nécessaire qu'elles soient entamées et épuisées le même jour.

La matrice et ses dépendances, dans l'état de *gravité*, le fœtus et ses annexes doivent d'abord nous occuper. Nous dirons ensuite quelques mots des phénomènes et des effets de la grossesse.

On sait quel est l'acte préliminaire et indispensable à toute imprégnation ; c'est le coït ou l'union des sexes. Or cet acte à la fois matériel et immatériel, qui commence par le désir amoureux et qui a pour résultat final l'éjaculation du sperme et son dépôt sur l'un des points de la surface vaginale ou sur le col utérin, forme la part d'action demandée à l'homme par la nature elle-même, et qu'il est maître d'accorder ou de refuser. Dans cet acte, le premier et le dernier des phénomènes, comme tous les intermédiaires, peuvent se suivre des yeux, et ne sont niés ou contestés par personne. C'est là la partie visible du mystère de la génération.

Mais depuis le dépôt de la liqueur séminale dans le vagin, jusqu'au retour de l'ovule dans la matrice, la génération se continue si mystérieusement, que personne ne sait certainement ce qui se passe. Seulement, la considération anatomique des parties, les fonctions qu'on peut raisonnablement leur prêter, ont conduit la plupart des savans à une opinion probable que des expériences nombreuses ont depuis singulière-

ment fortifiée. Voici cette opinion : A la faveur de l'érection, de l'orgasme qui accompagne le coït, la semence passe du vagin dans la matrice par le pertuis du col utérin, et de la matrice dans les deux trompes de Fallope ou dans l'une des deux seulement. Les trompes érigées vont embrasser l'ovaire, l'étreindre et lui communiquer la vertu fécondante, et bientôt, de la surface de ce dernier organe s'élève une vésicule rougeâtre, enflammée, et qui se rompt après quelques jours. Par la fente de cette rupture sort un petit corps appelé germe ou ovule, qui d'abord adhèrent à l'ovaire, est bientôt aspiré par la trompe et conduit par elle jusque dans la cavité utérine où nous le retrouvons.

La semence monte-t-elle réellement dans la trompe ? Comment le morceau frangé peut-il entamer la surface dure et ridée de l'ovaire ? Combien de temps l'ovule met-il à descendre le conduit capillaire de la trompe ? Quel est l'intervalle au juste qui sépare la copulation de l'arrivée du germe ? et une fois le germe arrivé, quand est-ce qu'il sera visible et apercevable ? Questions obscures pour tous et que les anciennes expériences et les livres nouveaux ne résolvent pas. Car, il faut bien le dire, si, de toutes les expériences tentées, on ôte celles qui ont été mal faites, celles qui ont été malheureuses, celles qui ont été vaines, celles qui n'éclairaient pas le point précis de la difficulté, il n'en restera qu'un petit nombre dont il soit permis de conclure mais dont on n'osera conclure tout ce qu'il faudrait pour être convaincu. C'est là, au moins, l'état dans lequel nous a laissé la lecture attentive et détaillée de ces livres et de ces expériences. Ce point, cette phase est vraiment la partie ténébreuse par excellence des ténèbres de la génération.

A, *matrice et dépendance dans l'état de grossesse.*

a, *Matrice.* — Aussitôt la conception, la matrice se dilate et s'agrandit par ampliation, mais dans son corps et sans que le col éprouve le moindre changement. Ce n'est que vers le septième mois que le col participe à la dilatation générale ; il devient plus court, moins saillant, et s'enfonce légèrement. La matrice se tient pendant les trois premiers mois dans le bassin ; au quatrième, elle le franchit, avant le sixième elle a atteint ou dépassé le niveau de l'ombilic. La hauteur que les accoucheurs assignent à la matrice, aux différentes époques de la grossesse, est peu susceptible de varier, excepté dans le cas d'inclinaison excessive de cet organe.

Tant qu'elle est dans le petit bassin, la matrice conserve ses rapports avec les organes qui l'environnent, seulement elle s'en approche de plus en plus. En s'élevant dans le ventre, elle ne suit pas la direction verticale, mais se coude à la réunion du col, de manière à prendre à la fois la direction de deux des axes du bassin. Son côté antérieur est contigu à la paroi du ventre, son côté postérieur est voisin de l'angle sacro-vertébral, ses côtés et son fond sont chargés des épiploons et de circonvolutions intestinales.

La membrane péritonéale n'abandonne pas l'utérus dans son développement, elle lui est même plus attachée, plus adhérente. La vessie et le rectum ne s'en dépouillent pas pour couvrir la matrice, ce sont les ligamens larges et la substance même du péritoine qui fournissent à l'extension. Pendant la grossesse, les artères utérines se dilatent et se défilchissent ; les veines qui, avant cet état, étaient proportionnellement plus considérables que les artères,

conservent leur prédominance sur ces dernières. Quelques unes, au moment de la parturition, ont une cavité dans laquelle on pourrait y admettre le doigt. Ce sont ces cavités vasculaires que l'on appelle *sinus utérins*. — Malgré l'extension très grande des parois de la matrice, ce tissu conserve l'épaisseur qu'il avait primitivement. Cette loi n'est pas tellement rigoureuse pourtant, qu'il soit impossible de trouver l'un des points de la matrice un peu plus mince que d'autres, ainsi que Hunter en cite un bel exemple, et qu'on peut l'observer aisément. Le tissu de l'utérus est évidemment fibreux et se rapproche du tissu musculaire beaucoup plus que d'aucun autre. On pourrait, si l'on cherchait bien, lui trouver des faisceaux distincts comme on l'a fait pour la langue, le cœur, etc. Ce qui est incontestable et ce qui s'aperçoit très bien sur le dessin, c'est que la substance charnue de la matrice est divisée en deux plans concentriques, entre lesquels se trouvent les sinus et les artères.

b, *Dépendances.* Les dépendances de la matrice sont les ligamens ronds et larges, les trompes de Fallope et l'ovaire d'une part ; de l'autre, les lèvres et le vagin. Les ligamens ronds s'élèvent avec le point de l'utérus auquel ils sont insérés. Ces points d'insertion s'écartent nécessairement par le progrès de la grossesse. Les replis du péritoine, appelés *ligamens larges*, disparaissent presque entièrement. Le ligament rond, obligé de suivre un chemin plus long pour aller à l'anneau, subit quelques tiraillemens douloureux à la mère.

B, *Fœtus et annexes.*

a. *Annexes.* — Les *membranes*, les *vésicules*, le *placenta* et le *cordons* forment les annexes du fœtus, dans l'homme. Nous devons passer légèrement sur les vésicules, le placenta et le cordon qui ne sont que peu ou point visibles dans notre dessin, et nous arrêter quelque peu sur les *membranes*.

a, *Membranes du fœtus.* — Il y en a trois : la caduque, le chorion, l'amnios ; mais l'une au moins de ces membranes se réfléchit en deux feuillets concentriques ; un auteur moderne paraît disposé à en admettre une nouvelle, de sorte que le fœtus se trouverait enfermé dans cinq enveloppes distinctes et présentant des caractères divers.

Membrane caduque. — Inconnue aux anciens, aperçue par Rouhaut et Litre, indiquée par Haller et considérée, le plus souvent, comme l'un des feuillets du chorion ; c'est W. Hunter qui l'a découverte et décrite, et c'est depuis lui seulement que son existence n'a plus été niée. Le rappel de toutes les discussions dont cette membrane a été l'occasion ou l'objet, prendrait lui seul une place immense et mal employée. Voici comment la considèrent ceux qui en ont écrit le plus récemment : 1° Dans l'utérus de la femme, elle est sous forme d'ampoule, sans ouverture jusqu'à l'arrivée de l'ovule ; 2° elle est alors remplie d'un liquide limpide rosé, filant et comme gélatineux ; 3° elle est disposée autour de l'œuf, comme la séreuse dans le péricarde, comme la plèvre dans le thorax, comme le péritoine dans le ventre, de manière à avoir deux feuillets, l'un *externe* ou *utérin*, représenté dans le péricarde, par exemple, par le feuillet adhérent à la fibreuse ; l'autre *interne*, ou *réfléchi* ou *foetal*, simulant le feuillet péricardique qui enveloppe le cœur ; 4° les deux feuillets finissent par se toucher, mais sont encore sépa-

rables au temps de l'accouchement ; 5^o ses usages sont de recevoir et d'envelopper la vésicule fécondée, de la fixer à l'utérus, de circonscrire le placenta ; 6^o elle est dépourvue de texture et nullement organisée ; 7^o elle n'est pas unie à la matrice, elle n'y tient qu'à la manière d'une toile fine qui la tapisserait ; 8^o elle est le produit de l'excrétion de la face interne de l'utérus.

Chorion. — On l'avait considéré généralement comme composé de plusieurs feuillets : cela vient de ce qu'on lui attribuait l'un ou l'autre, et quelquefois l'un et l'autre des feuillets de la caduque ; sa face interne est tapissée par le feuillet réfléchi de la caduque ou l'épichorion ; l'interne est partout appliquée sur l'amnios. On avait pensé qu'il se continuait avec le derme du ventre du fœtus ; il paraît que non. Du reste, il n'a jamais qu'un feuillet de nature celluleuse, garni de vellosités qui ne sont pas des vaisseaux, mais qui serviront au développement des vaisseaux placentaires. Ces villosités granuleuses qu'il supporte, sont l'origine des moles hydatidiques de la matrice.

Amnios. — C'est la membrane la plus intérieure et la plus résistante de l'œuf humain ; sa face externe est collée au chorion ; l'interne est baignée par les eaux de l'amnios ; elle est sans vaisseaux visibles, sans fibres tramées ; on avait dit qu'elle se continuait avec l'épiderme, depuis on la dénie, la vérité est qu'on ne sait comment elle est produite, ni comment elle vit non plus que la caduque ; car elle n'a jamais qu'un feuillet.

Eaux de l'amnios. Ces eaux, tantôt limpides et tantôt laiteuses, ont une odeur fade et une saveur légèrement salée. Leur quantité varie ordinairement de deux à quatre pintes. Leur nature chimique a été analysée par MM. Vauquelin et Buniva. Elles ne sont pas le produit de la transpiration du fœtus puisqu'elles existent avant lui, et que leur quantité est d'autant plus grande qu'il est encore plus petit. Elle appartient à la substance de la mère, dont on a pu à volonté lui faire prendre les qualités ; elles sont destinées principalement à empêcher qu'il ne se heurte violemment contre ces parois, et à le préserver des violences extérieures, enfin à faciliter l'accouchement. Elles ne servent pas à la nutrition du fœtus.

Vésicules du fœtus. Les vésicules dont on a parlé jusqu'ici comme appartenant au fœtus humain, sont au nombre de trois, la vésicule ombilicale, la vésicule allantoïde, la vésicule érythroïde.

Rien de plus obscur et de plus débattu que l'existence, la disposition et les usages, etc., de ces organes éphémères du fœtus humain ; rien de plus pénible que d'en lire la description dans les auteurs même les plus récents, et qui se disent les mieux informés ; nous promettons toutefois d'y revenir, mais en nous aidant d'images assez exactes et assez claires pour qu'il soit possible aux lecteurs et à nous, de pouvoir nous suivre et nous entendre.

B, Fœtus lui-même.

Le germe ou l'ovule est descendu depuis dix jours dans la cavité utérine, et s'est enfoncé de la caduque, que toutes ses parties sont encore homogènes, transparentes et amorphes. Il faut dix-huit à 20 jours pour qu'on puisse distinguer quelque opacité, quelques stries, quelques points. L'un de ces points répond au cœur, c'est à lui qu'aboutissent les filamens. A la fin du

premier mois, on peut distinguer la tête aussi grosse que le reste du corps ; dans le second, se montre distinctement la face et des membres. Avant le quatrième les principales parties du fœtus sont assez bien caractérisées, et depuis long-temps déjà le sexe était marqué.

On voit ce qu'est le fœtus à six mois. Sa forme est celle d'un ovoïde dont la grosse extrémité est formée par la tête, et la petite par les fesses et l'origine des cuisses. La tête est fléchie en avant, et le menton touche la poitrine. Les bras sont ordinairement réunis ou croisés sur le thorax, et les jambes tellement disposées, que les cuisses sont appliquées sur le ventre et les talons sur le siège.

Situation et attitude. Jusqu'à quatre mois et demi, le fœtus n'a pas de situation fixe, et nage dans les eaux de l'amnios. S'il a des mouvemens propres avant cette époque, ils se perdent dans le liquide, et la femme n'en a pas le sentiment ; mais, après cette époque, et de plus en plus, à mesure que la grossesse avance, par la raison qu'il grossit et s'approche des parois utérines il change bien moins facilement ses rapports. Dans les derniers mois il prend une attitude déterminée, et que M. Paul Dubois crut être le résultat d'une détermination instinctive. On peut voir dans le mémoire de ce professeur la raison qu'il a de rejeter les anciennes théories sur le mode de situation ou de présentation du fœtus et les motifs qui le retiennent dans son opinion.

Aux deux tiers du temps de la gestation, ainsi qu'on peut le voir, la peau du fœtus est déjà couverte d'un enduit blanchâtre, tenace, et de nature grasseuse, qui ne ressemble à aucun produit animal connu. MM. Vauquelin et Buniva l'ont regardé comme de l'albumine altérée, qui se serait précipitée du liquide amniotique. Mais pourquoi alors n'y en a-t-il qu'à certains endroits du corps ? La peau est aussi garnie de poils longs et soyeux, surtout au dos et derrière les épaules. Cette première levée de poils persiste après la naissance et ne disparaît que dans la deuxième année de la vie extra-utérine. Sur plusieurs parties du tronc et principalement au niveau des jointures, on aperçoit plusieurs sillons dus à l'embonpoint du fœtus. Ici ces sillons sont surtout au cou et aux poignets.

Fonctions du fœtus. On pourrait encore entrer ici dans des détails infinis. Plongé au milieu d'un liquide assez abondant, sans communication aucune avec l'extérieur, le fœtus ne respire pas : il n'a ni air, ni poumon creux. — Le fœtus ne digère pas. Ce n'est pas qu'il ne puisse déglutir et qu'il soit absurde en soi de soutenir qu'il ne peut avaler l'eau amniotique, mais c'est qu'il ne le fait pas. — Les eaux sont-elles importées dans le fœtus par voie d'absorption cutanée ? Non. L'enfant n'a pas d'autre moyen de vie et d'accroissement que le sang qui lui est transmis par la circulation de sa mère. — Le fœtus a des sécrétions. La sécrétion muqueuse et la plus active, c'est elle qui, avec la bile, fournit le méconium. Quelques autres, comme celles de la bile, de l'urine, sont assez notables ; celles de la salive et des larmes ne sont pas réduites à rien. — Il y a une circulation fœtale, très curieuse, très compliquée, que nous montrerons et dont nous parlerons suffisamment.

Le fœtus a quelques mouvemens spontanés ; c'est là toute sa vie relative. Car lequel de ses sens engourdis et fermés pourrait lui trans-

mettre une seule impression ? S'il a des idées qu'il tire de lui-même, des *idées innées*, il est difficile qu'on le sache, et nous n'avons pas à coup sûr intention d'aborder un pareil sujet.

Maladies du fœtus. — Le fœtus est sujet à des maladies nombreuses qui peuvent se développer en lui ou venir de l'extérieur, mais qu'il a pu aussi recevoir par transmission, par hérédité. Parmi elles toutes les unes ne menacent pas directement sa vie, les autres ne lui permettront pas d'en jouir, d'autres enfin ne la supposent pas. Il n'est possible de les exposer ici en détail, et nous nous bornerons à citer les plus fréquentes. Des *fractures*, des *luxations*, des *plaies* avec ou sans perte de substances; des affections *thorachiques* et *abdominales*; différentes tumeurs et maladies de peau; la petite vérole et plusieurs espèces de maladies *nerveuses*; etc. On doit penser combien est difficile le diagnostic, et le traitement de pareils maux. L'art ne peut rien directement, c'est tout au plus si, par l'entremise de la mère, il peut risquer quelques moyens.

C. — *Quelques uns des phénomènes et des effets de la grossesse.*

A peine la conception est-elle opérée au milieu des organes sexuels de la femme, que des phénomènes et des effets de tout genre se montrent ou se préparent pour durer autant ou plus que la grossesse elle-même. Nous ne devons indiquer ici que ceux qui intéressent directement le médecin. Il y a bien peu de femmes chez lesquelles la grossesse passe inaperçue, sans avantage comme sans inconvénient. Le plus souvent c'est un temps d'incommodités et de souffrances nouvelles ajoutées à celles qu'elle tenait déjà de sa nature ou de son sexe. Pour quelques unes seulement c'en est un de repit et de grâce qu'elles voudraient pouvoir prolonger.

Complication de la grossesse. — Indépendamment du produit de la conception, la matrice peut admettre et garder dans sa cavité, ou dans la substance, de l'air, de l'eau, du sang, des hydatides, un mole, des productions charnues: toutes choses qui ne peuvent qu'être incommodes

ou dangereuses pour la femme et le fœtus. Maintenant comment reconnaître et traiter de semblables affections? Des cas de tympanite utérine sont cités par Mauriceau, Larrey de Nîmes, et Baudeloque; ils ne furent funestes à personne. — L'hydropisie utérine est une affection grave qui se lie d'ordinaire à des affections plus graves encore, et qui expose la vie d'une femme au moment de son accouchement. Cependant Mauriceau conseillait d'attendre patiemment cette époque. Puros, craignant que le travail ne languisse, invitait, une fois le travail commencé, à crever la poche. — Des kystes hydatidiques, des corps fibreux de différents genres, peuvent se développer dans la matrice en même temps que le fœtus. Si ces corps fibreux sortent de la cavité utérine et peuvent être atteints, il faut les extraire. Sinon, l'art est impuissant.

Maladies que cause la grossesse. Elles sont bien nombreuses. Elles ont lieu par voie de sympathie, de voisinage ou autrement. Ainsi les dartres, la syphilis, le ptyalisme, l'odontalgie, la céphalalgie, les vomissemens, les appétits dépravés, la toux, les coliques, les palpitations, les convulsions, la manie, la mélancolie, la folie, ont été souvent causés par la grossesse.

Maladies que guérit la grossesse. Et d'autres fois tout ce cortège d'incommodités ou de maladies a disparu sous l'influence et par un effet incompréhensible de cet état. La grossesse préserve de certaines maladies mortelles et suspend le cours de certaines autres. Il est rare que les femmes grosses contractent les maladies contagieuses ou épidémiques, à moins que l'épidémie ne soit d'une grande violence; une femme tuberculeuse, hydropique, etc., qui a eu le bonheur de concevoir, peut espérer de vivre neuf mois encore, mais doit tout craindre aussitôt après sa délivrance.

Nous laissons ici ce sujet, sur lequel nous reviendrons petit à petit, et de manière à ce que nous soyons moins embarrassés par son étendue. JACQUES LÉBAUDY.

Le concours pour la chaire clinique d'accouchement nous a, depuis quelque temps, privés de la collaboration de M. Paul Dubois, qui, ainsi que nous l'avons annoncé, a été nommé professeur de la Faculté à la suite de ce concours. Nos lecteurs admettront cet honorable motif du retard apporté à la rédaction de son second article *sur le mécanisme des accouchemens*: la première livraison de la seconde année satisfera, sous ce rapport, à leur impatience.

Cette même livraison contiendra le dessin des instrumens de M. Trousseau pour la trachéotomie.

Les prochaines planches qui seront publiées sont :

La région inguinale profonde, dont la gravure est achevée et actuellement sous pressé ;

Le creux du jarret ;

Le creux de l'aisselle ;

L'appareil lacrymal ;

dont les dessins sont à présent livrés aux graveurs.

Nous avons été assez heureux pour rencontrer un sujet affecté de trois hernies en même temps : deux à droite, *inguinale* et *crurale interne*, une à gauche, *inguinale graisseuse*.

La grande quantité des matériaux qui nous sont arrivés nous a empêchés, jusqu'ici, de répondre à toutes les demandes d'insertion qui nous ont été adressées. Ce n'est qu'avec le temps que nous pourrons classer soigneusement ces matériaux, et satisfaire convenablement à ces demandes. Nous prions MM. nos correspondans de croire à notre zèle et à notre ferme volonté de tenir compte de tout, autant que possible. Désormais une place sera réservée, dans chaque numéro du *Journal*, à nos correspondans ; nous ne pensons pas que ce soit la moins intéressante ni la moins utile, car déjà nous sommes riches.

TABLE ALPHABÉTIQUE.

DU PREMIER VOLUME (I).

1833 - 1834.

A.

<i>Abcès.</i> — Du médiastin.	345
— Des mamelles.	374
— Par congestion. — Leur traitement.	369
<i>Abdomen.</i> — (Introduction d'un corps étranger par le vagin dans l')	283
<i>Aconit.</i> — (Préparation d')	29
<i>Accouchement.</i> — (Mémoire sur le mécanisme de l')	161
— (Obstacles apportés par les déformations du fœtus à l')	183
— Immédiatement suivi de la délivrance.	279
— Naturel, malgré un enclavement apparent.	278
— Accouchemens à l'hospice Wellesley de Dublin.	283
— (Seigle ergoté dans l')	318
— Comment faut-il le terminer lorsqu'un bras de l'enfant se présente ou est déjà sorti.	343
— Traité d'accouchement de Nœgele.	347
— (Moyens de prévenir l'hémorrhagie après l')	374
— (Traitement des pertes de sang après l')	201
<i>Achroma.</i> — (Observation d')	334
<i>Achille.</i> — Guérison du pied-bot par la section du tendon d')	250-370
<i>Acides.</i> — Non existence de l'acide hydrochlorique dans l'air voisin de la mer.	184
— A. Gallique, pyrogallique, ellagique et métagalique.	311
— A. Organiques trouvés dans les eaux minérales.	310
— A. Phosphorique dans la période extrême du croup.	276
— A. Valérianique.	310
— A. Prussique. — (Procédé pour faire l')	89
<i>Acupuncture.</i> —	317
<i>Agaric blanc</i> contre les sueurs des phthisiques.	369
<i>Air.</i> — Introduction de l'air dans les veines.	361
<i>Aine.</i> — (Région superficielle de l').	320
<i>Albers</i> (de Berlin). — De la variole et de ses rapports avec la vaccine.	334
<i>Alibert.</i> — Lithotripsie pratiquée en 1800	11
— Achroma.	334
<i>Alimens.</i> — De l'influence du régime alimentaire dans les pays chauds	52
<i>Aliénation mentale.</i>	241-347
<i>Alexander.</i> — Affections vermineuses.	374
<i>Amaurose saturnine.</i>	343

<i>Aménorrhée.</i> — (Iode dans l')	74
— (Ammoniaque dans l')	61
<i>Ammoniaque.</i> — Dans l'aménorrhée.	<i>Ibid.</i>
— Dans les rapports acides de l'estomac.	342
— (Empoisonnement par l')	315
<i>Amputation.</i> — Dans les fractures compliquées.	65
— A un seul lambeau des membres composés d'un seul os.	174
— Circulaire et à lambeau de la cuisse	373
— Du clitoris.	151
<i>Andral.</i> — Clinique médicale du prof.	179
<i>Anévrismes.</i> — Faux primitifs et faux consécutifs traités par la méthode d'Anel.	83
— De la crosse de l'aorte communiquant avec la veine cave supérieure.	56
— De la portion inguinale de l'artère crurale.	57
<i>Anel.</i> — (Traitement des anévrismes faux par la méthode d')	83
<i>Angine couenneuse</i> ou maligne.	93
— (Épidémie d')	339
<i>Anglais.</i> — Mortalité des soldats anglais dans l'Inde.	346
<i>Anglaise.</i> — (Suette).	347
<i>Antimoine.</i> — (Oxide blanc) contre les pblegmiasies de poitrine.	31-183
<i>Antibrachiale.</i> — Région antibrachiale profonde.	256
<i>Anvers.</i> — (Histoire chirurgicale du siège d')	208
<i>Aorte.</i> — Anévrisme de la crosse communiquant avec la veine cave supérieure.	56
<i>Arrosion</i> continue dans les fractures compliquées.	281-359
<i>Arsenic.</i> —	346
<i>Artemisia vulgaris.</i> —	347
<i>Argent.</i> — Nitrate d'argent dans les ophthalmies.	281
<i>Arthrite</i> spontanée aiguë.	12-45
<i>Arabes.</i> — (De la sobriété des)	52
<i>Arachnoïde.</i> — (Épanchem. apoplectique dans l')	84
<i>Artichaut.</i> — Emploi du suc d'artichaut dans le rhumatisme et la sciatique.	87
<i>Arnault.</i> — Préparation de l'eau distillée de laitue.	31
<i>Aromatiques.</i> — Extraits des plantes.	106
<i>Artère.</i> — Iliaque externe. — Ligature.	57
— Crurale. — Anévrisme.	<i>Ibid.</i>
— Radiale. — Blessures.	210-269
— Innominée. — Ligature.	313
<i>Aponévrotique.</i> — Région aponévrotique du bras.	313

(1) Pour faciliter les recherches à nos lecteurs, nous avons fait entrer dans cette table alphabétique : 1^o le titre des sujets traités ; 2^o le nom des auteurs ; de sorte qu'il suffit d'avoir dans la mémoire l'un ou l'autre, pour être sur la voix de tous les deux.

- Asthme.* — (Efficacité de la *Bignonia catalpa* dans l') 252
 — (Mort survenue pend. un accès d') 310
Atropine. — (Découverte de l') 212
Avoine. — Avantage de remplacer l'avoine concassée par l'avoine entière. 85
Aubin. — (Pneumonie épidémique dans le canton d') 24
Auditif. — Corps étrangers dans le conduit. 278-303
Azote. — Sa présence dans toutes les semences. 211
- B.**
- Bains* — Froids contre la chorée. 308
 — De l'hôpital Saint-Louis. 343
 — Alcalins contre l'ostéite métacarpienne. 369
Baudelocque (neveu). — Traitement des pertes de sang après l'accouchement. 201
Baudelocque. — De la suie dans les maladies des yeux. 281
 — Traitement des scrophuleux. 367
 — Préparations d'antimoine chez les enfans. 31
Barruel. — Suspicion d'empoisonnement. 18
 — Cas de viol. 47
Bassin. — (Conformation vicieuse du) 84
Battage des tapis. 121
Baup. — Fracture du col du fémur. 234
Beaumont. — Corps étranger dans le conduit auditif. 303
Beatty. — Moyens de prévenir l'hémorrhagie après l'accouchement. 374
 — Absès des mamelles. *Ibid.*
Belladone. — Vertu calmante de la Belladone. Son efficacité dans la hernie étranglée, 60-361
 — (Empoisonnement par la) 177
Bellingheri. — Des névralgies faciales. 74
Bello. — Conformation vicieuse du bassin. Opération césarienne. 84
Berard (jeune) — Appareil inamovible pour les fractures. 29
 — De la staphyloraphie. 309
 — Fracture traitée par la planchette de Mayor. 232
Béribéri (du) 345
Behre. — Décoction de Zittmann. 347
Becker. — Pleurésie chronique. 377
Berkun. — Action de l'iode. 376
Bidard. — Épidémie d'angine couenneuse. 339
Bielt. — Bains de l'hôpital Saint-Louis. 343
Binelli. — (Expériences sur l'eau de) 23
Bismuth dans les maladies de l'estomac. 31
Bignonia catalpa. — Dans l'asthme. 252
Blanc. — Lettre sur l'homœopathie. 141
 — Travaux de la société homœopatique de Paris. 187
 — Résumé historique sur l'homœopathie. 206
Blaud. — De la suie comme succédané de la créosote. 281
Blouquier. — Erysipèle guéri par les frictions mercurielles. 370
Blénorrhagie chez les femmes. 33 et 97
- Bonnet* (de Bordeaux). — Lettre sur l'homœopathie. 208
 — Rapport sur l'homœopathie. 235
Bonnet (de Lyon). — Eponge préparée dans l'ongle incarné. 369
Bonorden. — Du faux érysipèle. 376
Bottex. — Siège et nature des maladies mentales. 241
Boulet. — (Vent du) 16
Bouley (jeune). — Claudication simulant la fracture du tibia. 32
 — Maladie de la moelle chez le cheval. 215
Boudet (Félix). — De la thérapeutique et de la pharmacie actuelles. — Du filtre-pressé de Réal. — Du tannin. — De la créosote. 76
 — De l'homœopathie. 48
 — Des moyens de détruire les tœnias. 246
Bougies dans les rétrécissemens de l'urètre. 50
Bousquet. — Traité de vaccine. 79
Bourdon. — Guide aux eaux minérales. 364
Bourrache étudiée comme sudorifique. 369
Bourjot St.-Hilaire. — Nitrate d'argent dans les ophthalmies. 281
Boyer (Auguste). — Acide phosphorique dans le croup 276
 — Résorptions purulentes. 279
 — De la paralysie. 366
Brachet (de Lyon). — Rhumatismes-mé-norrhagies. — Coqueluche, etc. 82
Bretonneau. — De la fièvre intermittente. 101-135
 — De la scarlatine. 267
Bras (Région superficielle du pli du). 95
 — Comment faut-il terminer l'accouchement quand le bras est sorti. 343
 — Présentation du bras. — Décollement du placenta. — Mort de la mère. 285
Breschet. — Arrosions froides dans les fractures compliquées. 281
 — Traitement du cirsocele et du varicocèle. 219
Brachiale. — Région brachiale interne. 223
Bronchocèle. 373
Bronchotomie. 88
Brodie. — Destruction complète du pénis. *Id.*
Broussais. — Examen des doctrines médicales. 271
Brüch. — Eaux minérales de Franzensbad. 347
Burdach. — Usage habituel de l'opium à hautes doses. 58
 — Empoisonnement par la jusquiame noire. 59
Burke. — Mortalité des soldats anglais dans l'Inde. 346
- C.**
- Caffe.* — Destruction du col de la matrice avec absence d'orifice. 244
Caffort. — De la diète et de son abus. 209
Caillard. — Suspicion d'empoisonnement. 18
Cahinga. — (Racine de) 307
Calculs. — Nouvelle méthode d'extraire les gros calculs par le périnée. 375
Capuron. — De la sortie du bras dans l'accouchement. 343

<i>Carie</i> — des côtes.	309	<i>Cooper.</i> (T. R.) Carbonate de fer contre le	
— Des vertèbres.	123	tic douloureux.	23
<i>Carbonate de fer.</i> — Contre le tic doulou-		<i>Coton</i> et charpie.	9
reux.	23	<i>Côtes.</i> — Carie des	309
— Dans les maladies chroniques.	60	<i>Cozes.</i> — Topographie de	264
— Contre le tétanos traumatique.	123	<i>Cowpox</i> en France.	288
<i>Carron du Villards.</i> — De la suie dans les		<i>Craigie.</i> — Leçons cliniques.	345
maladies des yeux.	281	<i>Créosote.</i>	76-281-315-377
— De l'huile de morue dans les affec-		<i>Croup.</i>	5-41-122-289
tions vermineuses et rhumatismales.	342	<i>Cyanose,</i>	53-88
<i>Catarrhe pulmonaire.</i> —	54	<i>Cyanure d'or.</i>	365
<i>Caveniou.</i> — De la salsepareille.	21	<i>Cyclopie.</i>	52
<i>Caoutchouc.</i> (Plaques et pessaires de)	367		
<i>Cazenave.</i> — De l'herpès du prépuce.	369	D.	
<i>Celeri-rave</i> — (Mannite extraite du)	372	<i>Dance.</i> — Guide de clinique médicale.	304
<i>Cérumineuses.</i> — Lésion des glandes.	306	<i>Dartres.</i> — Utilité des bains de sublimé	
<i>Césarienne.</i> — Opération.	24-57-84	contre les	152
<i>Charpie et coton.</i>	9	<i>Daturine.</i>	212
<i>Châteauneuf.</i> — Mortalité des pauvres et		<i>Davies.</i> — Observations cliniques.	373
des riches.	182	<i>Davy.</i> — De l'Eau-Binelli.	23
<i>Cheval.</i> — Vertige chez le	24	<i>Davy</i> (John). Macération des tissus.	345
— Croup chez le	122	<i>Dechambre.</i> — Épidémie de la salpêtrière.	326
— Coliques stercorales chez le	55	<i>Delacoux.</i> — Biographie des sages-fem-	
— Maladie de la moelle chez le	215	mes.	209
<i>Chatto.</i> — Incertitude de la durée du tra-		<i>Deleau.</i> — Corps étrangers dans le conduit	
vail de l'enfantement.	124	auditif.	278
<i>Chiappa,</i> — Clinique de	124	— Lésion des glandes cérumineuses.	306
<i>Chlore</i> — Contre la phthisie pulmonaire.	309	<i>Delondre.</i> — De l'hydrate de Quinine.	247
<i>Chlorure de soude.</i> — Contre les cicatrices		<i>Demazy.</i> — Maladies des sinus veineux	
de la variole.	179	de la dure-mère.	28
— Dans les affections typhoïdes.	209	<i>Dermerow.</i> — Paracelse sur les maladies	
— Dans les fièvres intermittentes.	367	mentales.	347
— Contre la gale.	31	<i>Diabètes.</i> — Efficacité de la créosote dans le	315
<i>Choléra.</i> — Sans déjections alvines.	127	<i>Diarrhée</i> aiguë.	204
— Des enfans.	313	<i>Diable.</i> (Bruit de)	28
<i>Chevallier.</i> — De l'ammoniaque contre les		<i>Diète</i> et son abus.	209
rappports acides de l'estomac.	342	<i>Diurétiques.</i> — Emploi extérieur des	175
<i>Chrome.</i> — Empoisonnement par les pré-		<i>Donné.</i> — Maladies observées à la Charité.	
parations de.	312	Bruit de diable.	28
<i>Chorée.</i> — Recherches sur la	283	<i>Dothinentérie.</i>	193-225-295
— Bains froids contre la	308	<i>Doulcet.</i> — Doctrines médicales de Mont-	
<i>Choréiforme.</i> — Affection nerveuse.	315	pellier.	362
<i>Circulation capillaire.</i> — Son influence		<i>Double</i> — Rapport sur l'organisation mé-	
sur la circulation générale.	26	dicale.	109-147
<i>Cirsocèle.</i> — Traitement du	219	<i>Driburg.</i> — Eaux minérales de	357
<i>Claudication.</i> — Simulant la fracture du		<i>Droste.</i> — Efficacité du sulfate de quinine	
tibia.	32	contre la phthisie.	58
<i>Clavicule.</i> — Luxation de la	83	<i>Dugès.</i> — Obstacles apportés à l'accou-	
<i>Clichy.</i> — Coliques déterminées chez les		chement par les déformations du fœ-	
chevaux par les pelotes stercorales.	55	tus.	183
<i>Clitoris.</i> — Amputation du	154	— Blessure de l'artère radiale, guérie	
<i>Coley.</i> — Rétention de règles et d'urines		par la ligature et la compression.	210
par imperforation de l'hymen.	89	<i>Durande.</i> — Traitement de Durande con-	
<i>Conrath.</i> — Eaux minérales de Flanzen-		tre les coliques hépatiques.	31
sbad.	347	<i>Duplay.</i> — Amaurose saturnine.	343
<i>Cœur.</i> Hurlement du	281	<i>Duparcque.</i> — Rétrécissement du vagin.	211
<i>Coliques</i> — Hépatiques.	31	<i>Dyssenterie.</i>	52-377
— Déterminées chez les chevaux par			
les pelotes stercorales.	55	E.	
<i>Colliex.</i> — Débridement de la hernie.	370	<i>Eaux</i> — aux jambes. Pommade contre les	86
<i>Colchicine.</i> —	248	<i>Ebermaier.</i> — Déchirure du canal de l'u-	
<i>Condylômes</i> guéris par le Tuya d'occident.	90	rètre.	376
<i>Constant</i> — Traitement de la coqueluche.	308	<i>Edwards.</i> — Formulaire des hôpitaux.	365
— Traitement des scrophuleux.	367	<i>Empoisonnement.</i> — (Suspicion d')	18
<i>Cory.</i> — Potion purgative à l'usage des en-		<i>Enclavement simulé.</i> — Accouchement na-	
fans.	56	turel.	278
<i>Coqueluche</i>	29-83-308	<i>Enfans.</i> — Rachitisme chez les	243
		— Traitement de la coqueluche à l'hô-	
		pital des	308

— Vers dans la plaie d'une hernie opérée.	152	<i>Kuhne.</i> — Poché annexée à l'œsophage.	124
— Avec gangrène et guérison de l'anüs artificiel.	348	<i>Kutzin.</i> — Plique polonaise.	377
— Nouvelle méthode de débridement.	370	L.	
— Avec adhérences du sac.	373	<i>Labat.</i> — Régime alimentaire dans les pays chauds. — Cyanose.	52
<i>Herpès</i> du prépuce et du gland. — Son traitement.	369	<i>Lacroix.</i> — Cyclopie.	<i>Ibid.</i>
<i>Hisse.</i> — Découverte de l'hyosciamine.	312	<i>Lait.</i> — (Effets anti-métrorrhagiques du)	90
— De la colchicine et de l'aconitine.	247	<i>Laming.</i> — Procédé facile pour faire l'acide prussique.	89
<i>Homœopathie.</i> — Considérations pharmaceutiques.	48	<i>Larrey</i> (Hippolyte). — Histoire chirurgicale du siège d'Anvers.	208
— Lettre de M. Blanc.	141	<i>Larves</i> de mouches sorties vivantes de la vessie.	376
— Rapport sur les travaux de la société homœopathique.	187	<i>Lebaudy</i> (Jacques). — Région hyocardiaque. — <i>Texte.</i>	34
— Résumé historique de M. Blanc.	206	— Région occipito-claviculaire. — <i>Texte.</i>	62
— Lettre de M. Bonnet (de Bordeaux).	208	— Région superficielle du pli du bras. — <i>Texte.</i>	
— Rapport à la société médicale de Bordeaux.	235	— Région sous-maxillaire. — <i>Texte.</i>	126
— Expériences de MM. A. Trousseau et H. Gouraud.	238	— Région sus-cléido-sternale. — <i>Texte.</i>	158
<i>Horner.</i> — Connexions vasculaires de la mère et du fœtus.	86	— Région aponévrotique du bras. — <i>Texte.</i>	189
<i>Howship.</i> — Liquide séreux entre les membranes du cerveau.	373	— Région brachiale interne. — <i>Texte.</i>	223
<i>Hospital.</i> — Bains froids contre la chorée.	308	— Région anti-brachiale profonde. — <i>Texte.</i>	256
— Chlorure de chaux contre la gale.	31	— Région thoraci-cervicale gauche. — <i>Texte.</i>	288
<i>Hufeland.</i> — De la gonorrhée.	377	— Région superficielle de l'aîne. — <i>Texte.</i>	320
<i>Hunkel.</i> — Altération de l'urine consécutive à une maladie de la moëlle.	376	— Fœtus de six mois dans le sein de sa mère. — <i>Texte.</i>	381
<i>Hydatiques</i> (kystes).	27	<i>Leblanc.</i> — Avantage de l'avoine concassée sur l'avoine entière.	85
<i>Hydrate</i> de quinine.	247	— Maladie de la moëlle chez le cheval.	215
<i>Hydrobronchocèle.</i>	310	<i>Lecanu.</i> — Huile volatile de l' <i>iris fœtidissima.</i>	<i>Idem</i>
<i>Hydrocèle.</i>	140-376	— Composition chimique des corps gras.	371
<i>Hydrochlorique</i> (acide). — Sa non existence dans l'atmosphère près de la mer.	184	<i>Lecoq.</i> — Observations sur le piétin.	85
<i>Hydrophobie</i> guérie.	124	— De la compression dans le traitement des fistules synoviales.	121
<i>Hydropisie</i> consécutive à l'usage des pommes de terre.	22	<i>Legros.</i> — Amputation à un seul lambeau des membres composés d'un seul os.	174
— De l'utérus.	344	<i>Lemarchand.</i> — Exploration des organes génitaux de la femme.	353
<i>Hyo-cardiaque.</i> — Région.	34	<i>Lentin.</i> — Métastase goutteuse.	347
<i>Hyosciamine.</i> — (Découverte de l')	312	<i>Lepelletier</i> (de la Sarthe). — Ophthalmie granuleuse.	68
<i>Hystérotomie</i> vaginale sur une vache.	54	<i>Léthargie</i> de quatre mois.	216
I.		<i>Lichtenstadt.</i> — Mortalité de Saint-Petersbourg.	347
<i>Inflammation</i> cérébrale chez une personne chlorotique.	142	<i>Liebig.</i> — Nouveau procédé pour obtenir le kermès minéral.	248
<i>Innominée.</i> — Ligature de l'artère.	313	<i>Link.</i> — Des quarantaines dans le sud de l'Europe.	346
<i>Iris fœtidissima.</i> — Huile volatile de.	215	<i>Lisfranc.</i> — Leçons sur les maladies de l'utérus.	280
<i>Iode.</i> — Dans l'aménorrhée.	73	<i>Lithotripsie</i> pratiquée en 1800.	11
— Contre la salivation.	89-374	— Chez les enfans.	310
— Contre les ulcères de la gorge.	90	<i>Lœwenhayn.</i> — Traitement des aliénés.	347
— Contre la carie des vertèbres.	123	<i>Lombard.</i> — Extrait alcoolique de noix vomique dans le rhumatisme articulaire aigu.	367
— Contre l'hydrocèle.	140	<i>Longet.</i> — Epanchement apoplectique dans la cavité arachnoïdienne.	84
J.			
<i>Jacob.</i> — Enclavement simulé. — Accouement naturel.	278		
<i>Jæger.</i> — Extirpation de la langue.	347		
<i>Jacques.</i> — Coliques hépatiques. — Traitement de Durande.	31		
<i>Joffre.</i> — Hernie étranglée réduite par l'extrait de belladone. — Introduction de l'air dans les veines	361		
K.			
<i>Kermès minéral.</i> — Nouveau procédé pour obtenir le	248		
<i>Knod.</i> — Iode contre la salivation.	89		

- Luxation.* — Atloïdo-axoïdienne. 83
 1. — De la clavicule. *Ibid.*
 2. — De l'épaule en arrière. 277
 3. — De la mâchoire réduite au trente-cinquième jour. 249
- M.**
- Mac-Adam.* — Douleurs d'estomac. — Traitement. 86
Macfarlane. — Amputation des nymphes et du clitoris. 151
 — Prolapsus du rectum guéri par la méthode de Hay. 152
Macération des tissus. 345
Magnésie. — (Procédé pour rendre agréable le sulfate de) 374
Main hippocratique des tuberculeux. 351
Maladies des gens de lettres. 342
Malle. — Dissertation sur les généralités de la physiologie. 365
Mamelles. — (Absès des) 374
Manie sans délire. 377
Mannite. — Extraite du céleri-rave. 372
Manthner. — Fièvre typhoïde de Galicie. *Ibid.*
Marchesani. — Emploi de la vapeur d'eau contre les phlegmasies de la poitrine. 317
Marianini. — Paralysie traitée par la pile voltaïque. 311
Marmorat. — Papier moxa. 172
Marvier. — Empoisonnement par la belladone. 177
Marshall. — Affection nerveuse choréiforme. 313
Marson. — De la circulation placentaire et de l'opération césarienne. 24
Martini. — Utilité de l'iode contre les ulcères de la gorge. 90
Marx. — Clinique de Dupuytren. — Kystes hydatiques.—Restauration du nez. 27
 — Polypes fibreux de la matrice. 129-172-321
Matrice. — (Polypes fibreux de la) *Ibid.*
 — (Rupture de la) 152
 — (Destruction du col avec absence d'orifice de la) 244
 — (Leçons de M. Lisfranc sur les maladies de la) 280
 — (Hydropisie de la) 344
Manmsell. — Accouchemens à l'hospice Wellesley de Dublin. 283
Mayo. — Sens de l'équilibre. — Amputation à lambeau et amputation circulaire de la cuisse. 373
Mayor (de Lausanne). — De la charpie et du coton. 9
 — Des bougies dans les rétrécissemens de l'urètre. 50
 — Des amputations dans les fractures compliquées. 65
 — Résection partielle du pied. 138
 — Traitement des fractures de la clavicule. 302
Médiastin. — (Absès du) 345
Mein. — Découverte de l'atropine. 212
Melæna intermittent guéri par le quinquina. 105
Ménorrhagies. 82
Merk. — De la santonine. 211
Meyer. — Hydrophobie guérie. 124
Michel. — Oxyde blanc d'antimoine dans les phlegmasies de la poitrine. 183
Mignot. — Hystérotomie vaginale pratiquée sur une vache. 54
Minérales. — Eaux 347-364
Moelle. — (Maladie de la) 215
 — Altération de l'urine à la suite de la lésion de la 371
Mojoli. — Extrait alcoolique de l'écorce de grenadier dans le tœnia. 274
Mombert. — Effets anti-hémorrhagiques du lait. 90
Montpellier. — (Doctrines médicales de) 362
Moreau — Topographie médicale de Cozes. 264
Morris. — Variole et vaccine simultanées 151
Mortalité comparative des pauvres et des riches. 182
 — des soldats anglais dans l'Inde. 346
 — de Saint-Pétersbourg. 347
Moxa (Papier). 172
Munaret. — Du nitrate d'argent dans les ophthalmies. 307
 — Du chlorure de soude dans les fièvres intermittentes. 337
Murray. — De l'arsenic. 346
- N.**
- Naissance* tardive. 377
Nægèle. — Traité d'accouchement. 347
Narducci. — Acupuncture. 317
Négri. — Seigle ergoté. 374
Neilson. — Sortie de vers de différentes parties du corps. 22
Névralgies. 374
Neumann. — Fièvres intermittentes. 316
Nimmo. — Restauration de la vue dans les staphylômes de la cornée. 86
Noix vomique dans le rhumatisme articulaire aigu. 367
 — dans la paraplégie. *Ibid.*
Nymphes. (Amputation des) 151
Nymphotomie pratiquée au moyen de la ligature. 90
- O.**
- Occipito-claviculaire.* — Région. 62
Officiers de santé. 242
Oeltz. — Léthargie de quatre mois. 216
Ogston. — Phénomènes des derniers degrés de l'ivresse. 185
Ollivier (d'Angers). — Pathologie du fœtus. 344
Ongle incarné traité par l'éponge préparée. 369
Ophthalmie granuleuse. 68
 — Catarrhale. 373
Oppenheim. — De la médecine turque. 57
Orfila. — Suspicion d'empoisonnement. 18
Organisation médicale. 109-147-220
Ostéite Carpo-métacarpienne traitée par les bains alcalins et les frictions mercurielles. 369
- P.**
- Paillard.* — Clinique de Dupuytren. — Kystes hydatiques.—Restauration du nez. 26
 — Traitement des abcès par congestion. 369

— Polypes fibreux de la matrice.	129-172-324
<i>Paine.</i> Nature des maladies cérébrales.	378
<i>Panaris.</i> — (Moyen de faire avorter les)	308
<i>Pantaleo.</i> — Nouvelle méthode pour extraire les gros calculs de la vessie par le périnée.	375
<i>Paole.</i> — Fièvre de Templemore.	345
<i>Paracenthèse.</i> — Ombilicale.	348
<i>Paralysie.</i>	311-366
<i>Paraphimosis.</i> — (Traitement du)	142
<i>Paraplégie.</i> — (Noix vomique dans la)	367
<i>Parent du Châtelet.</i> — Battage des tapis.	121
<i>Paré.</i> — Portrait et biographie d'Ambroise	253
<i>Patterson.</i> — Iode contre la carie des vertèbres	123
<i>Payen.</i> — Mannite extraite du céleri-rave.	372
<i>Peddie.</i> — Hydropisie et gangrène consécutives à l'usage des pommes de terre.	22
<i>Pellagre.</i>	91
<i>Pelouse.</i> — Tannin. — Acides gallique, pyrogallique, ellagique et métagallique.	311
<i>Pelletan (prof.).</i> — Du vent du boulet.	16
<i>Pelletan (Gabriel).</i> — Hydropisie de la matrice.	344
<i>Périnée.</i> — (Suture du)	220-348
— Nouvelle méthode d'extraire les gros calculs de la vessie par le	375
<i>Perreau.</i> — Emploi du chlorure de soude pour empêcher la variole de faire des cicatrices.	179
<i>Perrussel.</i> — Noix vomique dans la paralysie.	367
<i>Pezerat.</i> — De la fièvre intermittente et de l'état de la rate.	370
<i>Phthysiques.</i> — (Agaric blanc contre les sueurs des)	369
<i>Pichon.</i> — Rhumatisme articulaire guéri par les frictions mercurielles.	144
<i>Pied.</i> — (Résection partielle du)	138
<i>Pied-bot</i> guéri par la section du tendon d'Achille.	250-370
<i>Pigeaux.</i> — Influence de la circulation capillaire sur la circulation générale.	26
<i>Piorry.</i> — De l'arthrite aiguë.	12-45
<i>Pitschaff.</i> — Traitement de la syphilis et de la gonorrhée.	59
— Rapprochemens, observations, etc.	346
<i>Placenta.</i> — (Rétention du)	32
<i>Plique polonaise.</i>	377
<i>Porcher.</i> — Rétention du placenta.	32
<i>Potion purgative</i> à l'usage des enfans.	56
<i>Potter.</i> — Choléra des enfans.	313
<i>Priéger.</i> — Nymphotomie par la ligature.	90
<i>Prollius.</i> — Expériences sur l'Ipécacuanha.	315
<i>Prurit de la vulve.</i>	104
<i>Prus.</i> — Mort survenue pendant un accès d'asthme.	310
<i>Puchelt.</i> — Hurlement du cœur.	281
<i>Purgatifs.</i>	370

Q.

<i>Quarantaines</i> dans le sud de l'Europe.	346
<i>Quetelet.</i> — Poids de l'homme aux différens âges.	81
<i>Quoy.</i> — Ligature de l'artère radiale.	269

R.

<i>Radiale.</i> — (Blessures de l'artère)	210-269
<i>Rectum.</i> — (Rétrécissemens du)	342
— (Prolapsus du)	152
<i>Reder.</i> — Gangrène sénile.	90
<i>Reid.</i> — Traitement du bronchocèle.	373
<i>Renault.</i> — Tumeurs gangréneuses à la suite des opérations.	54
<i>Résorptions purulentes.</i>	279
<i>Rétrécissemens</i> du rectum.	342
— De l'urètre.	50
<i>Réveillé-Parise</i> — Chlorures dans les affections typhoïdes.	209
— Maladies des gens de lettres.	313
<i>Rey.</i> — Corps étranger dans l'abdomen.	283
<i>Rhinoplastie.</i>	27-153
<i>Rhumatisme</i> articulaire guéri par les frictions mercurielles.	144
— Traité par la noix vomique.	367
— Musculaire des parois thoraciques.	306
<i>Ribes.</i> — Traitement des hernies.	28
<i>Richerand.</i> — Des officiers de santé.	242
<i>Richelot.</i> — Propriétés fébrifuges de la salicine.	151
<i>Ricord.</i> — Blennorrhagie chez la femme.	33-97
— Vésicatoires contre les bubons.	130
— Teinture d'iode contre l'hydrocèle.	131
— Spéculum brisé.	262
<i>Riss.</i> — Croup chez le cheval.	122
<i>Robertson.</i> — Prolapsus de la matrice et de la vessie pendant la grossesse.	346
<i>Rodier.</i> — Pommade contre les eaux aux jambes.	86
<i>Rognetta.</i> — Luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius.	28
— Vésicatoire dans l'hydrocèle.	281
— Tumeurs sanguines et lipomateuses de la main.	305
— Carie des côtes. — Traitement.	309
— Gangrène blanche. — Lithotripsie.	309
— Hydro-bronchocèle. — Plaie de poit.	309
— Rétrécissemens du rectum.	342
— Pessaires et plaques de caoutchouc.	367
<i>Roubaudi.</i> — Non existence de l'acide hydrochlorique dans l'air qui avoisine la mer.	184
<i>Ruff.</i> — Épidémie de fièvre typhoïde.	210
<i>Rusz.</i> — Rachitisme chez les enfans.	243
— De la chorée.	283

S.

<i>Salivation.</i> — (Iode contre la)	89
<i>Salicine.</i> — (Expériences sur la)	89
— (Propriétés fébrifuges de la)	151
<i>Salsepareille.</i> —	21-247-369
<i>Salpêtrière.</i> — (Épidémie de la).	320
<i>Sandras.</i> — De la coqueluche.	29
— Considérations sur la thérapeutique.	39
— Études des médicamens dits sudorifiques.	369
<i>Sandwith.</i> — De la scarlatine.	214
<i>Santonine.</i> —	369
<i>Sassafras.</i> —	369
<i>Schlesinger.</i> — Bains de sublimé contre les dartres.	152
<i>Scarlatine.</i> —	267-214
<i>Seigle ergoté.</i>	318
<i>Sedillot.</i> — Luxation altoïdo-axoïdienne.	83

— De la clavicule.	<i>Id.</i>	— Maladie de la moelle chez le cheval.	215
— De l'épaule en arrière.	277	— Expériences homœopathiques.	238
<i>Segond.</i> — Gastro-entérite des nègres.	53	— Main hippocratique des tuberculeux.	351
<i>Siebenhaar.</i> — Observations cliniques.	377	<i>Tumeur</i> de la nuque extirpée avec succès.	125
<i>Simon</i> (Maxime). — Analyse de la clinique de M. Andral.	179	<i>Tumeurs</i> sanguines et lipomateuses de la paume de la main.	305
— De l'agaric blanc contre les sueurs des phthisiques.	369	<i>Turquie.</i> — De la médecine en Turquie.	57
— Des purgatifs.	370	<i>Tuya</i> d'Occident — (Guérison des condylomes par le).	90
<i>Sinclair.</i> — Anévrisme de l'artère crurale.	57	<i>Tyrrel.</i> — Ophthalmie catarrhale.	373
<i>Smith.</i> — Traitement des fractures.	312	U.	
<i>Smith.</i> — Aliénation mentale.	346-347	<i>Ulcères</i> de la gorge guéris par l'iode.	90
<i>Soubeiran.</i> — Préparations d'aconit.	31	<i>Urètre.</i> — (De l'usage des bougies dans les rétrécissemens de l')	50
— De l'extrait de Gayac.	215	<i>Urérite</i> communiquée par l'ingestion de l'écoulement blennorrhagique dans les voies digestives.	26
<i>Sous-maxillaire.</i> — Région.	126	<i>Utérus.</i> — (Voy. MATRICE.)	
<i>Speculum</i> brisé de M. Ricord.	262	V.	
<i>Speranza.</i> — Sueur verte.	252	<i>Vaccine.</i>	54
<i>Staphyloraphie.</i>	309	— Traité de vaccine de M. Bousquet.	79
<i>Statistique</i> de la population de Paris.	150	— Progrès de la vaccine. — Variétés de la vaccine. — Revaccinations.	287
— Doctorale de la France.	223	<i>Vagin.</i> = (Rétrécissement du)	211
<i>Sterling.</i> — Corps étranger dans la trachée.	88	— (Absence du)	346
<i>Stolz.</i> — Grenouillette des nouveau-nés.	182	<i>Valentine.</i> = Hernie étranglée avec adhérences du sac.	374
<i>Stramonium.</i> — (Tic douloureux guéri par le)	87	<i>Valérianique.</i> = (Acide).	310
<i>Stromeyer.</i> — Réduction d'une luxation de la mâchoire au 35 ^e jour.	249	<i>Vapeur</i> d'eau contre les phlegmasies de poitrine.	317
— Guérison du pied-bot par la section du tendon d'Achille.	250-370	<i>Variole.</i>	54
<i>Sueur</i> verte.	252	— marchant concurremment avec la vaccine.	151
<i>Sueurs</i> des pythysiques par l'agaric blanc.	369	— Ses rapports avec la vaccine.	334
<i>Suie</i> succédané de la créosote.	281	— (Épidémie de)	287
— Dans les maladies des yeux.	<i>Id.</i>	— Secondaire.	<i>Id.</i>
<i>Syphilitiques.</i> — Excroissances syphilitiques du vagin	308	<i>Varioloïde.</i> — (Frictions mercurielles dans le gonflement des paupière chez les)	30
<i>Sus-cléïdo sternale.</i> — Région.	158	<i>Varioloïde.</i>	347
T.		<i>Vavasseur.</i> — Formulaire des hôpitaux.	365
<i>Tabac.</i> — (Effet remarquable d'un lavement de décoction de).	152	<i>Vers.</i>	374
— Fumigations de tabac contre la goutte.	252	— (Huile de morue contre les)	342
<i>Tannin.</i>	78-311	<i>Vertige</i> des chevaux.	24
<i>Tartre</i> stibié contre les lésions traumatiques.	304	<i>Vésicatoires.</i> — Contre les bubons.	139
<i>Tazentre.</i> — Urérite communiquée par l'injection de l'écoulement blennorrhagique dans les voies digestives.	26	— Dans l'hydrocèle.	281
<i>Téallier.</i> — Affections de la matrice pendant la gestation.	85	<i>Vessie.</i> — (Larves de mouches sorties vivantes de la).	376
— Note sur la créosote.	281	<i>Vidal</i> (de Poitiers). — Chlorose avec encéphalite.	142
<i>Tendons.</i> — (Lésion des)	283	<i>Voisin</i> (de Limoges). — Fièvre bilieuse.	340
<i>Tétanos</i> traumatique guéri par le sous-carbonate de fer.	123	<i>Vomissement</i> chronique.	37
<i>Thubœuf.</i> — De la salsepareille.	247	W.	
<i>Thoraci-cervicale gauche.</i> — Région.	288	<i>Wardrop.</i> — De la syncope comme moyen d'éviter aux malades la douleur des opérations chirurgicales.	56
<i>Toulmouche.</i> — Chlore dans la phthisie pulmonaire.	309	<i>Wetler.</i> — Empoisonnement par l'ammoniacque.	315
<i>Traumatiques.</i> — (Tartre stibié contre les lésions)	304	<i>Wight.</i> — Sur le bérubéri.	345
<i>Tromsdorff.</i> — Acide valérianique.	310	<i>Wild.</i> — Opération césarienne.	59
<i>Trousseau.</i> — Trachéotomie dans le croup.	5-41	<i>Wishari.</i> — Extirpation du globe de l'œil.	186
— Iode dans l'aménorrhée. — Frictions mercurielles dans le rhumatisme articulaire aigu. — Sulfate de morphine dans le rhumatisme non synovial.	73	<i>Wolf.</i> — Ophthalmie catarrhale.	376
— Méloëna intermittent guéri par le quinquina.	104	— Larves de mouches sorties vivantes de la vessie.	<i>Ibid.</i>
— De l'emploi extérieur des médicaments diurétiques.	175	Y.	
— Du sulfate de soude dans la diarrhée aiguë.	204	<i>Youail.</i> — Vertige des chevaux.	24
		<i>Yeux.</i> — (Nitrate dans les maladies des).	281
		— (Suie dans les maladies des).	<i>Ibid.</i>

